

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE FRÈRES

D

Fo

MM. I

GAREL
VACHE
LICH
F. SU
BAR (N
SCHIE
RUTT

LANG
E.

SA
SÉCR

REC

LETUL
NIMIE
COYNE
R.

LOMBA

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

A. COUGUENHEIM ET **M. LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Médecin de l'hôpital Salpêtrière

Avec la collaboration de

MM. les Drs AYSAGUER, BONNIER, BOULAY, CASTEX, H. CHATELLIER, COURTADE,
CUVILLIER, EGGER, GELLÉ, GLOYER,
LAURENS, LEWENBERG, A. MARTIN, J. B. MARTY, MOUNIER,
LANNÔIS, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Lyon,
GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, COLLET, agrégé de la Faculté de Lyon
VACHER (Orléans), COUETOUX, TEXIER (Nantes), RIPAUT (Dijon), LEMARIEY (Rouen),
LICHTWITZ (Bordeaux), LENHARDT (le Havre), HAMON DU FOUGERAY (le Mans),
F. SUAREZ DE MENDOZA (Angers), RAUGÉ (Challes), AIGRE (Boulogne-sur-Mer),
BAR (Nice) SÉNAC-LAGRANGE (Cauterets), DELSTANCHE, CAPART, LAURENT (Bruxelles),
SCHIFFERS (Liège), P. KOCH (Luxembourg et Nancy), SZENES, NEUMAN (Budapest),
RUTTEN (Namur), ZAUFAL (Prague), POLITZER, SCHRÖTTER, CHIARI, HAJEK (Vienne),
JACOBSON, LUBLINSKI, F. PELTESOHN, E. MEYER, KIRSTEIN (Berlin),
LANGE (Copenhague), OUSPENSKI (Moscou), T. HERYNG, T. HEIMAN (Varsovie),
E. WOAKES, LENNOX BROWNE, ST-CLAIR THOMSON (Londres), LABUS (Milan),
GRADENIGO (Turin), STRAZZA (Gênes), COZZOLINO (Naples),
FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANNO (Palerme), SOLIS-COHEN, RANDALL,
SAJOUS (Philadelphie), CL. BLAKE (Boston), BRYSON-DELAHAN (New-York),
SÉCRÉTAN (Lausanne), C. M. DESVERNINE (la Havane), A. J. BEEHAG (Sidney)

Et avec le concours de

MM. les Professeurs DUPLAY, TILLAUX, TERRIER et BERGER,
Drs PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HUMBERT, RICHELOT,
REGLUS, BROCA, PICQUÉ et GUINARD, chirurgiens des hôpitaux de Paris,
Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST,
Drs J. SIMON, DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUCHARD,
LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH,
LETULLE, CHAUFFARD, NETTER et LAUNOIS, médecins des hôpitaux de Paris,
NIMIER, agrégé au Val-de-Grâce, J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon,
COYNE et MASSE, professeurs à la Faculté de Bordeaux, Drs LEVAL, HIRSCHMANN,
R. LEUDET, PLICQUE, P. LE NOIR, P. TISSIER, REBLAUB, HÉLARY, RÉGNIER,
DUDEFOY, GASTOU, MICHEL DANSAC
GRINER et M^{me} NAGEOTTE, ex-internes des hôp. de Paris,
LOMBARD, DRAULT, intern. des hôp. de Paris, et ETIÉVANT, intern. des hôp. de Lyon

TOME XXIV. — 1898

PREMIÈRE PARTIE

PARIS
MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1898

AMERICAN

THE JOURNAL OF THE

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

PUBLISHED WEEKLY

CHICAGO, ILL., U.S.A.

Subscription price, \$5.00 per annum in advance.

1917

ANNALES

DES MALADIES DE

L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

MEMOIRES ORIGINAUX

I

TUMEURS DU NEZ ET DES SINUS

Par le Dr **Paul TISSIER**, chef de clinique de la Faculté.

Les tumeurs du nez ont fait dans ces dernières années l'objet de plusieurs mémoires importants ; nous avons cru intéressant de résumer l'état actuel de la question, en présentant, à l'occasion, certaines remarques personnelles, à propos des points que nous avons particulièrement étudiés.

I. — TUMEURS DU REVÊTEMENT CUTANÉ

Nous ne ferons que signaler les kystes sébacés, les nævi, les productions cornées ; les tumeurs relevant de processus infectieux (syphilis, tuberculose, rhinosclérome) méritent une description particulière. Ce que l'on a désigné sous le nom d'éléphantiasis localisé du nez rentre dans le cas de l'acné telangiectasique.

Nous nous bornerons à dire un mot de l'*épithélioma*. Le revêtement cutané du nez est une localisation assez fréquente de l'épithéliome de la face, qui ne présente, de ce fait, aucune particularité importante.

Il y revêt le caractère anatomique de l'épithélioma lobulé et

dérive des épithéliums de surface ou glandulaires. C'est une maladie de la seconde moitié de la vie, qui semble plus fréquente chez l'homme.

Le début est lent, insidieux, sous la forme d'une fine verrue, ou d'une petite élevation superficielle à peine indurée, déterminant un léger prurit qui amène le malade à se gratter. La longue durée de la lésion, la présence de petites nodosités blanchâtres, perlées, enchâssées dans la peau, à la limite de l'induration permettent dès ce moment le diagnostic.

Plus tard, il se forme une ulcération à extension en surface très lente, mais continue, reposant sur une base indurée, à fond inégal, granuleux, sanieux, suintant une sérosité visqueuse, rare, qui se concrète en croûtes noirâtres, saignant au moindre contact, à bords irréguliers, renversés en dehors.

L'adénopathie secondaire est assez rare et toujours très tardive. La marche lente de l'affection, son peu de tendance à la généralisation rendent le pronostic relativement bénin.

Le traitement de l'épithélioma consiste à enlever ou à détruire complètement le tissu néoplasique : cautérisation ignée (forme papillaire), chimique : acide arsénieux, résorcine, chlorure de zinc, etc. ; curettage, etc.

II. — TUMEURS DES FOSSES NASALES A L'EXCEPTION DES POLYPES MUQUEUX

A. KYSTES. — Nous laissons de côté les dilatations ampullaires que nous savons exister au niveau du cornet moyen.

Certains auteurs ont signalé la présence de kystes blanchâtres de la grosseur d'une lentille (Zuckerkindl) au voisinage immédiat des polypes. Nous croyons que dans ces faits qui ne sont nullement exceptionnels (très gros polypes), il s'agit de dégénérescence kystique totale ou partielle du polype. Une seule fois Zuckerkindl a vu un kyste à contenu mélicérique de la grosseur d'une noisette à l'extrémité antérieure du méat inférieur. Schech mentionne des kystes de différente grosseur, auxquels il assigne pour origine la rétention : obstruction du canal excréteur et dilatation consécutive de la glande. Leur contenu est variable : mucus, débris caséux, leucocytes,

cellules épithéliales. Rousseaux a publié un cas de kyste séreux consécutif à un traumatisme.

B. ENCHONDROME. — En laissant de côté les épaissements cartilagineux de la cloison, on doit tenir pour très rare l'enchondrome des fosses nasales. Le point de départ de la tumeur, dans la très grande majorité des faits publiés, se trouve au niveau du septum cartilagineux. La tumeur se développe à la fois des deux côtés de la cloison (Moldenhauer), gagne le plancher et acquiert parfois un volume considérable (Erichsen, Bryant, Richet, Casabianca).

Plus rarement, il s'agit d'une tumeur ayant envahi secondairement les fosses nasales (Sp. Watson). Le chondrome des fosses nasales peut aussi se développer vers les cavités voisines : Cas de Heurtaux où la tumeur faisait saillie dans le pharynx.

En dehors des signes de sténose, de la déformation de la région (tumeurs de la cloison), nous devons signaler la consistance particulière, le peu ou l'absence de sensibilité au toucher de la tumeur, signes qui permettent d'arriver en général au diagnostic.

C. OSTÉOMES. — Les ostéomes sont moins rares que les chondromes. Leur histoire a été établie par les recherches de Dolbeau, de Verneuil et de Virchow.

Étiologie. — L'ostéome est une tumeur qui apparaît le plus souvent dans la jeunesse, alors que le développement du squelette n'est pas encore terminé ; c'est là un argument qui a été invoqué par les auteurs qui admettent l'origine *ostéogénique* de cette tumeur (Bouyer de Saintes, Legouest, Michel), alors que d'autres auteurs séparent nettement les exostoses des ostéomes.

Les exostoses qui se développent de préférence sur la cloison, et le plancher des fosses nasales n'acquièrent jamais un gros volume (Moldenhauer).

Les opinions les plus diverses ont été émises sur l'origine de l'ostéome : polype ossifié (Cloquet), enchondrome ossifié (Rokitanski), exostose (d'après Virchow, la tumeur se développerait d'abord au niveau du diploé et arriverait à perforer

la table externe de l'os), ossification de la muqueuse (Dolbeau, Olivier, Duplay, Verneuil), etc. Chez certains sujets âgés, on a signalé une calcification en plaques de la muqueuse nasale.

Anatomie pathologique. — Ce sont des tumeurs de consistance variable (Olivier). Tantôt la tumeur est constituée par de minces lamelles superposées concentriquement, formant une masse compacte, dure, éburrée (ostéome dur) ; tantôt, ce qui est beaucoup plus rare, au-dessous d'une lame plus ou moins épaisse de tissu compact, on trouve un tissu spongieux, constitué par des aiguilles osseuses centripètes, limitant des alvéoles remplis de tissu médullaire (ostéome mou ou spongieux).

Ces tumeurs, dont la structure est celle du tissu osseux, sont recouvertes d'une couche fibro-muqueuse qui leur sert de périoste.

Il est rare de trouver plusieurs ostéomes à la fois. On a beaucoup discuté sur leurs connexions avec le squelette osseux des fosses nasales. Dans certains cas, plutôt exceptionnels, la tumeur est largement sessile ; plus souvent déjà, elle possède un pédicule assez étroit, ostéo-fibreux ou osseux ; habituellement, ils semblent avoir perdu toute connexion avec le squelette. Ils sont réunis à la muqueuse par un pédicule vasculaire parfois très long et peu volumineux.

Pour certains auteurs (Michel) le pédicule ostéo-fibreux serait constant et la tumeur se développerait au niveau de l'unguis, du vomer, ou du cornet inférieur.

L'ostéome est arrondi ou ovalaire, quelquefois lobulé. Sa surface est lisse, recouverte de muqueuse. Le volume peut atteindre et même dépasser celui d'un œuf de poule (Michon). Dans ces conditions, on s'explique qu'il puisse déformer le squelette du nez et comprimer les parties voisines.

Symptômes. — La plupart des symptômes sont ceux de l'obstruction des fosses nasales communs à toutes les tumeurs des fosses nasales : Ces symptômes sont dus, en dehors de la gêne respiratoire et de la diminution de l'odorat, pour la plupart, à l'inflammation secondaire de la muqueuse et des sinus : épistaxis, écoulement muco-purulent ou purulent, souvent fétide, douleurs, etc.

Le développement de la tumeur amène le soulèvement de

l'aile, l'élargissement du dos du nez, la déformation de la face, la compression du canal lacrymal, l'exophtalmie. Chez un malade d'Adenot, l'ablation de l'ostéome amena la guérison de crises épileptiques.

L'examen rhinoscopique, lorsque la tumeur est peu volumineuse, permet d'en préciser le point de départ, qui se trouve ordinairement au niveau du plancher, ou au pourtour de l'orifice osseux des fosses nasales. Ce sont des tumeurs rouges ou rosées, d'autrefois noirâtres, suivant l'état de la muqueuse qui les recouvre, de consistance caractéristique au stylet et ordinairement mobiles.

Le pronostic est bénin, mais la tumeur ayant un accroissement continu entraîne forcément une intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

- DOLBEAU. — *Acad. de médecine*, 1886. — *Société de chirurgie*, 1872.
GAUBERT. — *Thèse*. Paris, 1869.
OLIVIER. — — — 1869.
MICHEL. — *Gazette hebdomadaire*, 1873.
ADENOT. — *Lyon médical*, 1895.

D. PAPILLOMES. — Le papillome s'observe rarement dans les fosses nasales. Son histoire a été faite dans ces dernières années, en Allemagne, par Hopmann ⁽¹⁾, en France, par Laccarret ⁽²⁾.

Hopmann décrit deux variétés de papillomes : mous et durs.

Nous avons dit ailleurs pourquoi nous ne pouvions admettre, avec les allemands, la description de Hopmann sur les productions qu'il désigne sous le nom de papillome mou. Il ne s'agit, en effet, que d'une variété de la rhinite hyperplasique que nous avons étudiée sous le nom de *type papillaire* ⁽³⁾. Nous n'y reviendrons pas.

A l'inverse des auteurs français, d'autre part, nous ne pou-

⁽¹⁾ HOPMANN. — *Virchows Archiv. f. path. Anat. et Phys.* Bd. XCIII. 1883. Et *Volkmann's Sammlung*, n° 315.

⁽²⁾ LACCARRET. — *Revue de laryngologie*, nos 17, 18, 19; p. 497, 527, 573, 1889.

⁽³⁾ TISSIER. — *Anatomic pathologique de la rhinite hyperplasique*. — *Annales de médecine*, 1894.

vons pas admettre comme papillome que le papillome dur, et nous croyons qu'à côté de celui-ci existe le papillome muqueux.

Définition. — Sous le nom de papillomes, nous entendons des tumeurs possédant des papilles formées de tissu conjonctif revêtu de cellules épithéliales ordonnées sur le type des papilles normales. La base des papilles ne repose pas sur un tissu néoplasique ou inflammatoire formant la partie principale de la tumeur, ce qui sépare le papillome des tumeurs papillaires et de la rhinite hyperplasique à type papillaire.

Anatomie pathologique. — On sait depuis longtemps que les papillomes peuvent se développer sur une muqueuse ne possédant pas de papilles. La structure des papillomes de la muqueuse nasale peut se résumer en quelques mots.

S'il s'agit de papillomes mous et relativement peu volumineux, les papilles sont simples ou plus souvent subdivisées en bourgeons secondaires ou tertiaires. Le corps des papilles est formé de tissu embryonnaire, qui constitue la plus grande partie de la papille. Les vaisseaux s'y terminent en anses. Les capillaires sont volumineux et souvent dilatés (hémorragies par ruptures). L'épithélium qui revêt le papille présente le type de l'épithélium normal de la muqueuse nasale.

La structure des papillomes plus anciens diffère notablement.

Le corps de la papille est relativement au volume total de la papille bien moins développé, au point que parfois l'épithélium semble reposer directement sur les vaisseaux ; il est formé de tissu connectif adulte. Les vaisseaux gardent la même disposition et le même développement. Par contre, le revêtement épithélial présente une disposition toute différente.

La transformation (métaplasie) de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux stratifié à type malpighien, que nous avons déjà signalée comme s'observant parfois au niveau des productions polypoides de la rhinite hyperplasique et des polypes muqueux et autres tumeurs du nez est ici très fréquente.

L'anatomie pathologique légitime donne la division que nous avons admise en papillomes muqueux et papillomes durs.

Étiologie. — Ce que nous avons dit au début, nous explique pourquoi à peu près seul, *Hopmann* croit les papillomes de la muqueuse des fosses nasales assez fréquents.

C'est une lésion rare dont nous ne possédons qu'une vingtaine d'observations (*Billroth, Michel, Hopmann, Zuckerkandl, Büngner, Lefferts, M. Mackenzie, Tillaux, Butlin, Aysaguié, Verneuil, Moure, Noquet, Chiari, Cozzolino, Kahn, Kiesselbach, Zarniko, S. Spicer, de Santi, Creswell-Baber, H. Mackenzie, L. Hellmann*).

L'étiologie reste obscure. Les irritations chroniques semblent jouer un certain rôle. La contagiosité du papillome est démontrée par son inoculabilité que l'on peut constater sur la muqueuse nasale : papillome de la cloison ou du plancher correspondant à un papillome du cornet inférieur. Peut-être faut-il tenir compte de ce facteur dans la causalité de la maladie.

Rapports avec l'épithélioma.— D'après un cas d'*Hellmann*, il semble que le papillome dur puisse se transformer en épithélioma. Les cas de *Verneuil*, de *Billroth*, de *V. Büngner*, de *Hopmann*, etc., plaident dans le même sens.

Sémiologie. — Les papillomes sont uniques ou multiples, isolés ou en groupe, ils siègent de préférence sur le segment maxillaire (inférieur) des fosses nasales. Cependant *Verneuil* a publié un cas où il y avait un semis de papillomes sur toute la muqueuse des fosses nasales et sur celle du sinus maxillaire. *Péan*, sous le titre de polypes, *M. Mackenzie*, ont relaté deux observations analogues. *Kahn* et *Jurasz* ont extirpé chacun un papillome inséré sur le cornet moyen.

Les sièges les plus habituels sont la muqueuse du méat inférieur, le cornet inférieur sur les points où son enroulement commence (*Moldenhauer*) et sur son bord libre, la partie antéro-inférieure de la cloison (*Weill*) et face interne de l'aile du nez près de la pointe (*M. Mackenzie*).

Les tumeurs varient comme volume de celui d'un grain de mil à celui d'une amande et plus (*Verneuil*).

Les papillomes sont généralement aplatis, allongés d'avant en arrière, plus rarement polyédriques. Ils ont une coloration variable blanc-grisâtre, qui, lorsqu'il survient une poussée inflammatoire, vire au rouge. Leur surface est mamelonnée, muiforme, en choufleur, quelquefois hérissée de longues papilles.

Leur base est tantôt large, et tantôt, ce qui est plus fréquent,

finement pédiculée. Le papillome peut être expulsé spontanément à la suite de la rupture du pédicule.

La consistance est plus ferme que celle des polypes ; l'exploration au stylet provoque facilement des hémorrhagies.

Les papillomes sont habituellement unilatéraux.

Les signes fonctionnels sont peu caractéristiques, ce sont, d'une façon générale, ceux des polypes muqueux : début lent, insidieux, enchifrènement, ronflement, signes de sténose nasale. En raison du siège habituel des papillomes dans le segment respiratoire, la gêne de la respiration en est un des symptômes les plus fréquents. Lorsque le pédicule est mince, les malades ont quelquefois la sensation d'un corps étranger qui se déplacerait.

La sécrétion est variable, les épistaxis légères sont plus fréquentes que dans le cas de polypes.

Nous ne faisons que signaler la possibilité des troubles pharyngés, oculaires, etc. ; des phénomènes des réflexes, etc.

L'évolution est très lente, il n'y a pas de tendance à la régression. Il y a quelques exemples de transformation en néoplasie maligne, ce qui concorde avec l'opinion d'Hopmann, qui considère le papillome dur comme un épithélioma papillaire.

Le *diagnostic* ne pourrait être embarrassant qu'avec certaines variétés d'hyperplasie à type papillaire (bilatéralité de la lésion, existence d'une hyperplasie sur laquelle s'implante la production papillaire dans le dernier cas) et certaines tumeurs papillaires, le sarcome en particulier (marche plus rapide, épistaxis plus fréquentes, douleurs plus marquées, etc.)

Le *pronostic* du papillome n'est pas si bénin qu'il semblerait *a priori* ; il récidive très fréquemment (Verneuil, Tillaux) surtout dans les cas où l'opération est incomplète et où il peut se produire de véritables inoculations : en outre la transformation épithéliomateuse semble relativement fréquente.

Le *traitement* se résume en deux indications : 1° l'ablation du ou des papillomes, et pour cela on aura recours soit à l'anse froide, soit à l'anse galvanique ; 2° la prévention des récidives : on aura soin de cautériser (galvano-cautère, acide trichloracé-

tique) le point d'insertion et d'instituer, pendant quelques jours, une médication antiseptique.

BIBLIOGRAPHIE

- GOBBELIN. — *Encyclopédie de chirurgie*, 1885.
VERNEUIL. — *Société de chirurgie*. Paris, 1886.
COZZOLINO. — *Rev. clin e terap.* Fév. 1887.
NOQUET. — *Rev. de Laryng*, 1889.
KAHN. — *Wiener klin. Woch*, 1890.
HELLMANN. — *Archiv. f. Laryng. u. Rhin.*, 1897, Bd. VI.
WEIL. — *Wiener klin. Woch*, 1896.
DURN. — *New-York med. Journ.* Avril, 93.
H. MACKENZIE. — *Lancet*, 15 août, 1891.

E. FIBROMES. — Les fibromes sont rares dans les fosses nasales, si l'on entend par là ceux qui y ont leur point d'implantation.

En effet, il n'est pas très rare d'observer des prolongements dans la cavité des fosses nasales de fibromes ayant leur origine dans le naso-pharynx. La cavité peut ainsi être envahie presque en totalité, et même les prolongements peuvent pénétrer dans les sinus maxillaires, frontal et les cellules ethmoïdales. Mais ce n'est pas le lieu de décrire ici les fibromes du naso-pharynx.

Comme ceux-ci, les fibromes proprement dits du nez, sont constitués par un tissu conjonctif adulte, riche en fibres élastiques. Lorsque les cellules embryonnaires sont assez abondantes, il s'agit de fibro-sarcome. Les vaisseaux sont alors abondants et très développés (hémorragies fréquentes et abondantes).

Dans le nez, les fibromes ont leur point d'insertion habituel sur la voûte du nez, au niveau du vomer (périoste) de l'apophyse montante du palatin, s'implantant sur la couche fibro-périostique qui double la muqueuse nasale. Les fibromes sont presque toujours solitaires. Schech a représenté un cas de fibrome faisant saillie dans le naso-pharynx et naissant du bord postérieur du vomer.

On sait que les fibromes naso-pharyngiens se développent presque exclusivement chez l'homme et pendant l'adolescence. Il semble que le fibrome du nez puisse se voir dans l'âge adulte et chez la femme.

Le seul exemple que nous en possédions (il s'agissait histo-

logiquement d'un fibro-sarcome relativement peu vasculaire) concernait une femme de 26 ans qui faisait remonter la sténose nasale qu'elle présentait, à plusieurs années. Elle se plaignait surtout d'une gêne très pénible au niveau du naso-pharynx. Le polype largement implanté, de consistance très ferme, était inséré à la partie supérieure et externe de l'orifice postérieur des choanes et était accessible au toucher rhino-pharyngien. Des tentatives d'extraction par la voie pharyngée avaient échoué. Nous réussîmes à l'enlever à l'aide du serre-nœud écraseur sans hémorrhagie notable. Au bout de trois mois, nous dûmes enlever une nouvelle tumeur (récidive).

Nous avons cru devoir dire deux mots de ce fait personnel, parce qu'il résume assez bien les caractères du fibrome des fosses nasales : obstruction de la fosse nasale, siège habituel à la partie postérieure du nez (cloison, rebord supérieur des choanes, quelquefois extrémité postérieure du cornet inférieur (Mermet), développement vers le pharynx, irritation du rétro-pharynx (renâchement, gêne continue, quelquefois même nausées) peu de tendance aux hémorrhagies contrairement à ce qu'on observe pour les fibromes naso-pharyngiens, consistance ferme, de cuir, coloration blanchâtre, tendance à l'accroissement continu, facilité des récives, si l'ablation est incomplète.

Le diagnostic est délicat et il n'est pas toujours facile d'apercevoir la tumeur ; son aspect, sa consistance, l'absence d'autres tumeurs semblables, le fibrome étant en général, unique, permettront, en général, d'élucider le problème.

Le pronostic semble moins grave que celui du fibrome naso-pharyngien : accroissement moins rapide, rareté des hémorrhagies ; mais l'intervention est nécessaire.

F. TUMEURS DIVERSES.— Nous nous contenterons de signaler certaines tumeurs exceptionnellement rares : nævi pigmentaires ; kystes dermoïdes ; kystes dentifères (Schæffer, Flechter-Ingalls), la dent peut alors être expulsée spontanément comme un corps étranger (Moldenhauer) ; il s'agit vraisemblablement d'un bourgeon dentaire aberrant. Zukerkandl en a représenté un cas remarquable où un dent canine de 14 millimètres de longueur s'insérant vers l'union des deux maxillaires supé-

rieurs, avait sa couronne saillante dans la fosse nasale gauche. Cette dent représentait l'incisive médiane droite, en quelque sorte inversée; odontomes; kystes hydatiques; hernie de la dure-mère à travers la lame criblée avec mouvements rythmiques d'expansion, etc.

G. SARCOMES. — Avant d'aborder l'étude des sarcomes des fosses nasales, il importe de préciser l'histoire d'une lésion récemment individualisée sous le nom de polypes hémorrhagiques de la cloison. Car l'histoire du sarcome dépend surtout de la façon dont nous envisagerons la nature de cette lésion.

a) *Polypes hémorrhagiques de la cloison.* — On a décrit sous des noms divers une lésion qui nous a semblé, au début de nos études d'histologie pathologique du nez, avoir dans la plupart des cas, une origine irritative. Elle a été individualisée, il y a quelques années, par Schadowalt sous le nom de polypes hémorrhagiques de la cloison. Mais elle avait été signalée auparavant par Lange, Natier, et il n'est pas difficile de trouver des observations bien antérieures.

C'est une lésion rare, assurément, mais nullement exceptionnelle et nous en avons observé déjà deux exemples: décrivons-en d'abord les caractères cliniques d'après les travaux de Schadowalt, de Heymann, de Scheier, de Biehl, de Walliczek, etc.

C'est une lésion qui s'observe surtout chez les sujets jeunes, mais on peut la rencontrer à tout âge; on ne l'aurait cependant pas observée avant la puberté. Les premières observations concernaient des femmes, et comme on avait noté (Fraenkel, Garel) que les épistaxis se reproduisaient à chaque époque menstruelle, on avait cru qu'il pouvait y avoir là certaine relation de cause à effet; les faits ultérieurs ont montré que les hommes étaient atteints comme les femmes.

La tumeur siège constamment, et c'est là une particularité typique, à la partie inférieure et antérieure du septum cartilagineux; on sait les conditions anatomiques et physiologiques qui font de ce segment des fosses nasales un territoire particulier. Retenons en seulement au point de vue étiologique, que la constance de cette localisation rend probable l'inter-

vention de l'irritation chronique dans la genèse de la lésion. On a incriminé à ce point de vue la rhinite sèche antérieure (Ribary).

Au point de vue subjectif, les malades se plaignent presque exclusivement d'épistaxis à répétition, d'une abondance parfois inquiétante ; plus tard aux épistaxis, se joignent les signes de la sténose nasale du côté malade. Car il est à relever que la lésion a toujours été jusqu'ici trouvée unilatérale et beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite.

Le développement de la sténose est parfois très rapide et Schadewaldt a déjà insisté sur ce fait.

L'examen spéculaire montre une tumeur sessile ou plus ou moins nettement pédiculée, siégeant au point indiqué, de grosseur variable, (allant de la grosseur d'une lentille à celle d'un œuf de pigeon). La forme de la tumeur varie suivant son volume, sa couleur est rouge sombre, ou au contraire rouge vif, sa surface lisse ou granuleuse, sa consistance en général molle. La friabilité peut être extrême (Lang). La cocaïne a une action variable, tantôt la tumeur conserve son volume (K. Walliczek) et tantôt elle se rétracte (Scheier).

La succession des hémorragies, l'anémie qui peut en être la conséquence, le développement rapide de la tumeur ont plus d'une fois fait penser à une tumeur maligne : le peu de tendance à s'étaler en surface, l'absence d'adénopathies permet en général de rejeter l'idée d'épithéliome. L'examen histologique dans quelque cas fera seul reconnaître le lupus à forme polypoïde.

Le pronostic des polypes hémorragiques semble bénin, et dans toutes les observations la guérison a été obtenue.

Le traitement consiste dans la destruction de la tumeur : on a employé l'électrolyse unipolaire (Strazza). L'ablation avec la curette (Lang), l'anse chaude ou froide a été beaucoup plus souvent utilisée.

L'ablation doit être complète sous peine de récurrence à bref délai. La récurrence semble avoir été observée même dans ce cas. Après l'opération des tumeurs récidivées une ou plusieurs fois, ce qui est presque la règle dans la plupart des observations que nous avons lues, la guérison définitive survient.

Avant de nous demander la nature de cette singulière lésion, il convient d'en étudier la structure.

L'épithélium de revêtement est tantôt cylindrique et tantôt pavimenteux (siège de la tumeur, métaplasie épithéliale d'origine irritative). Les auteurs ont décrit leurs faits sous des noms divers : angiome caverneux (Schwager), angiome caverneux vrai (Biehl), fibro-angiome caverneux (Walliczek), angiome, fibrome mou ou dur, granulome, sarcome globocellulaire télangiectasique, etc. C'est qu'en effet, la structure du polype n'offre pas toujours le même aspect. Cependant deux points restent acquis de l'avis de tous les auteurs : 1° L'abondance et le développement des vaisseaux, l'existence de vrais lacunes sanguines, et 2° la nature conjonctive du stroma.

Dans le cas d'angiome capillaire (Garel et Collet) d'angiome caverneux, de fibrangiome, etc., le seul point à établir est la genèse de la tumeur ; aucun doute sur sa structure. Il n'en est pas de même dans les cas que l'on a couramment décrit en France sous le nom de sarcome, alors que la comparaison des observations étrangères montre des lésions identiques interprétées dans le sens de lésions inflammatoires. Au lieu de tissu sarcomateux, on parle de tissu de granulation. L'étude des cas de Biehl, de Walliczek, et de Gouguenheim, de Michel Dansas, etc., est à ce point de vue fort instructive. Il s'agit donc d'une affaire d'interprétation et les histologistes (voir Cornil et Ranvier, Rindfleisch, etc.), s'accordent à reconnaître que rien n'est plus délicat de différencier le tissu sarcomateux du tissu de granulation.

La comparaison des faits publiés jusqu'ici a poussé certains auteurs à considérer la plupart des cas de polypes hémorragiques de la cloison comme étant une lésion d'origine inflammatoire, « dans laquelle, en rapport avec la richesse vasculaire « du point d'implantation, la néoformation vasculaire occupe « le premier plan ; le développement de grandes lacunes « sanguines s'explique peut-être par l'augmentation de pression par suite de stase consécutive à la transformation « fibreuse du tissu de granulation (Walliczek). »

Nous étions d'autant plus portés à partager cette opinion qu'elle concorde avec les notions générales que nous a fournies

l'étude histologique des inflammations hyperplasiques, chroniques de la muqueuse nasale. Dès lors, suivant le degré plus ou moins avancé de la transformation fibreuse, on aurait le granulome angiomateux, le fibrangiome, l'angiome caverneux, etc.

A l'heure actuelle, nous n'oserions repousser d'une façon absolue l'idée de la nature sarcomateuse d'un certain nombre de cas, publiés en France surtout sous le titre de sarcome, bien que leur facile guérison fasse naître immédiatement l'idée qu'il s'agit de sarcome bien différent des sarcomes des autres régions du corps, au moins au point de vue du pronostic.

Sans nier le rôle de l'inflammation, nous avons été conduits par l'étude des fibromes du nasopharynx à modifier singulièrement nos conclusions ⁽¹⁾.

Pour nous, le fibrome, le fibrosarcome, le sarcome globocellulaire sont des modalités différentes d'un même processus.

Et suivant l'état des vaisseaux, ces modalités se divisent encore en sous-variétés fibro-angiome ⁽²⁾ sarcome angiomateux, etc.

Ces conclusions appliquées aux fibromes du rétropharynx seraient admises par tous, et cependant nous savons que même dans les cas où l'examen histologique révèle la structure d'un fibrosarcome angiomateux ou non, l'ablation totale du polype pharyngien est habituellement suivie de guérison. Il n'y aurait

⁽¹⁾ Dans un travail récent, M. Egger relate un cas étudié par M. Mauguin. Pour cet histologiste distingué, la genèse de la tumeur examinée serait la suivante : il s'est produit une série d'hémorragies interstitielles dont chaque foyer a été le siège d'un travail d'organisation aboutissant à l'apparition de vaisseaux de nouvelle formation, qui donnent à la tumeur l'aspect d'un angiome. Ce serait là un cas particulier de l'organisation des thrombi, telle qu'elle a été établie dans ces derniers temps par M. Cornil. Sans contester l'originalité de cette opinion, il est nécessaire de faire remarquer que l'organisation des caillots n'aboutit pas habituellement à la production d'une tumeur. Nous avons cependant admis un processus de vaso-formation analogue dans le rhinite hyperplasique où on le retrouve d'une façon à peu près constante.

⁽²⁾ L'angiome vrai doit être aussi rapproché du sarcome du nez : (cas de Verneuil, de Collay, de Schwager, de Biehl, de Freudenthal), J. Wright serait porté à considérer l'angiome comme la tumeur bénigne la plus fréquente de la cloison. *Acad. med. de New-York.*, section de laryngol., 27 février 1895.

donc plus lieu de s'étonner du pronostic bénin des sarcomes du nez, et particulièrement de ceux qui siègent sur la cloison où l'intervention radicale est singulièrement facile.

b) Dès lors, considérant le polype hémorrhagique de la cloison comme devant être rapproché du sarcome (embryonnaire, fibreux, angiomateux, etc.), nous avons maintenant à étudier la nosologie du *sarcome des fosses nasales*, en général.

Etiologie. — Le sarcome des fosses nasales est une lésion des sujets relativement jeunes. Schmiegelow a décrit un cas de chondrosarcome chez un enfant de 2 ans ; le sarcome myéloïde appartiendrait à l'enfance, le sarcome fasciculé à l'âge adulte, 20-40 ans, le sarcome embryonnaire à tous les âges, jusqu'à 50 ans.

C'est surtout à propos du sarcome qu'il y a lieu de tenir compte de l'influence des diverses causes d'irritation : traumatisme (Verneuil, Nelaton) inflammations chroniques : rhinites, polypes (W. Milligan).

Nous ne reviendrons pas sur *l'histologie pathologique* ; les lésions sont celles que nous avons décrites à propos du polype hémorrhagique de la cloison. Ajoutons simplement qu'on a observé plusieurs fois le mélanosarcome (Lincoln, Heymann, Michael, H. Clark) sous la forme de tumeurs grisâtres ou gris-noirâtres récidivant facilement. Il faut éviter de les confondre avec les polypes qui, à la suite d'une hémorrhagie, peuvent prendre une coloration noirâtre. On a décrit sous le nom de myxosarcome (Trélat, Dupont ⁽¹⁾) une tumeur présentant tous les caractères cliniques du sarcome, qui serait un mode de dégénérescence spéciale des polypes muqueux. Il aurait pour particularité la fréquence des complications orbitaires.

Le sarcome peut se développer dans les diverses régions des fosses nasales. Le plus habituellement, c'est aux dépens de la muqueuse, plus rarement aux dépens du squelette cartilagineux ou osseux, et dans ces cas le pronostic serait plus sombre.

(1) F. DUPONT. — *Thèse*, Lyon, 1895.

On a décrit le sarcome au niveau de la cloison où il semble le plus fréquent ⁽¹⁾; de la voûte des fosses nasales (Harris): extension vers les sinus, l'orbite et la cavité crânienne; de la partie postérieure de la cloison (Jeanselme): extension vers le rétropharynx; du cornet moyen (Knight, Onodi, Duplay, W. Milligan): extension vers le sinus maxillaire; de l'apophyse palatin du maxillaire supérieur (Natier); de l'union de la cloison et du plancher (Duplay).

Le sarcome tend à augmenter constamment de volume et à envahir au besoin par effraction les cavités voisines (sinus, orbite, pharynx, crâne); d'autres fois, le sarcome des fosses nasales n'est que l'extension d'un sarcome développé dans le voisinage.

Symptomatologie. — C'est au sarcome que s'appliquent les descriptions du cancer du nez données dans la plupart des traités, où la séparation du sarcome et de l'épithélioma n'est pas faite.

Le symptôme primordial est la précocité, la fréquence et l'abondance des épistaxis. Cela est surtout vrai pour les variétés globocellulaires et angiomateuse du sarcome et pour les sarcomes de la cloison alors que les variétés fibreuses donnent rarement lieu à des hémorrhagies.

A part ces cas assez rares, l'écoulement sanguin est généralement le motif qui amène les malades à consulter le médecin de bonne heure. Plus tard, il s'y joint de l'enchifrènement, de la gêne de la respiration, quelquefois des troubles de l'odorat.

La sécrétion est habituellement abondante, purulente et fétide, lorsqu'il y a ulcération ou stagnation.

L'examen rhinoscopique montre une tumeur lisse ou finement granulée, molle, saignant facilement sous le contact de la sonde.

⁽¹⁾ Sur 131 cas de tumeurs de la cloison. Arslan a relevé (*Archiv. ital. di otolog.* t. 1, 1895).

10	cas de syphilis.
25	— tuberculose.
45	— sarcome.
37	— de polype hémorrhagique.
2	— fibrosarcome.
1	— adénofibrome.
1	— granulome inflammatoire simple.

Les adénopathies sont exceptionnelles, ainsi que les métastases. Lorsque le sarcome se développe au niveau du cornet moyen, à ces symptômes s'ajoutent ceux de lésion secondaire des sinus et du conduit lacrymal (empyème, extension du sarcome); lorsque la tumeur se développe à la région de la voûte, on note de la céphalée, et le néoplasme tend à envahir l'orbite (œdème de la paupière, exophtalmie) et la cavité crânienne.

On conçoit, sans qu'il soit besoin d'insister, les complications qui peuvent survenir par le fait du développement progressif de la tumeur.

Le *diagnostic* du sarcome se fera surtout en tenant compte de la marche envahissante de la tumeur (polypes), de son siège (tout polype de la cloison doit être tenu pour suspect); l'âge relativement jeune des malades, la fréquence des épistaxis, feront penser à un sarcome plutôt qu'à l'épithéliome.

Pronostic. — Pour le sarcome limité, à ablation totale possible, le pronostic est relativement bénin. Malgré la fréquence des récidives, il ne retentit sur la santé générale que par l'anémie provoquée par la répétition et l'abondance des hémorrhagies. Il faut cependant reconnaître que pour certains auteurs, le pronostic reste toujours sombre : rapidité de la récidive (Duplay), surtout lorsque l'intervention n'est pas précoce.

Lorsque le sarcome est diffus ou bien a atteint un tel développement qu'il est difficile ou même impossible de songer à une opération radicale, le pronostic devient particulièrement sévère.

BIBLIOGRAPHIE

- HARRIS. — *Acad. med. de New-York, section de Laryngol.* 22 mai 1895.
 H. CLARK. — *Medic. Record.* 27 janvier 1894.
 W. MILLIGAN. — *Journ. of laryng. rh. a. otol.* janvier 93.
 ONODI. — *Monats. f. Oh renheilkunde*, p. 77-1895.
 MICHEL DARSAC. — « Tumeur de la cloison nasale. » *Annales des maladies de l'oreille*, n° 6 1893.
 MASON. — *The medical times and gazette.* 1875, T. 1, p. 552.
 DELAUX. — « Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales. » *Th.* Paris 1833.
 JEANSELME. — *Ann. mal. oreille*, 1884.
 CALMETTES et CHATELLIER. — *Ann. mal. oreille*, mars 1887.
 DIEFFENBACH et FAYRRER. — *M. Times and Gazette* 1868.

- GRYNFELDT. — *Montpellier medical*, 1876.
 SCHMIEGLOW. — *Revue mensuelle de Laryngol.* 1885.
 FICARO. — *Gazzetta degli ospitali*, 88.
 MOURE. — *Revue de Laryng.*, 1886.
 MAYER. — *Journ. of. Laryng. a. Rhin.* V, III, Michel Dausse, 1893.
 D'AGUANO. — *Annales oreille*, 1893.
 COZZOLINO. — *Archiv. italian. di otologia*, 1893.
 BOSWORTH. — *Dinares of the Throat, a nore*, 1889, relation de 41 cas.
 TILLAUX. — *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1890.
 RETHI. — *Wiener. med. Presse*, 1894.
 GOUDEXHEIM et HELARY. — « Tumeurs malignes de la cloison, » *Annales maladies de l'oreille*, p. 295, 1893.
 SWAGER. — *Archiv. f. Laryngol.* Bd. 1.
 SCHEIER. — *Ibid.*
 SCHADEWALDT. — *Ibid.*
 NATIER. — *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, p. 893, 1893.
 BIEHL. — *Monatschrift f. ohrenheilk.*, 1895. *Revue médicale*, p. 56, 1893.
 NOQUET. — *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*.
 ALEXANDER. — *Arch. f. Laryng.* Bd. 1.
 HEYMANN. — *Ibid.*
 ARSLAN. — *Arch. di otolog.*, 1895.
 GÜDER. — *Thèse de Genève*, 1895.
 FICARO. — *Bollet. della malatt. dell' orecchio*, 1895.
 MARTUSCELLI. — *Archiv. de Laryngol.*, 1896, p. 421.

ADÉNOMES. — L'étude des adénomes, préambule de celle de l'épithélioma, a récemment fait l'objet d'un très important de S. Saitta⁽¹⁾.

L'adénome pur est très rare dans les fosses nasales ; les adénomes mixtes : fibroadénomes, myxoadénomes, angioadénomes, adénomes papillaires, etc., sont relativement plus fréquent. Ils ont une individualité propre et ne peuvent être considérés comme une simple hypertrophie glandulaire secondaire.

Leur séméiologie ne diffère pas sensiblement de celle du sarcome des fosses nasales : leur couleur rose pâle ou grisâtre, leur consistance plus ferme que celle du polype muqueux, la rareté des épistaxis, des symptômes de compression, la conservation d'un bon état général en sont les points principaux.

Ce sont généralement des tumeurs bénignes, mais il faut noter qu'elles subissent fréquemment la dégénérescence épithéliomateuse. Aussi le pronostic doit-il être réservé et le traitement énergique.

(1) SAITTA. — *Archiv. ital. di Laryngol.*, p. 457, 1887.

H. EPITHÉLIOMA. — A l'inverse de la plupart des auteurs, nous croyons indispensable de séparer la description du sarcome et de l'épithélioma des fosses nasales. C'est une des tumeurs les plus rares : sur 9554 cas de cancer, Gurlt ne relève que 4 cas de carcinome des fosses nasales. Si l'on accepte, à l'exemple de Dreyfuss comme probantes, que les observations accompagnées d'un examen histologique, leur nombre ne dépasse guère la vingtaine.

Etiologie. — Comme pour le cancer des autres organes, nous ne connaissons rien de précis sur les conditions qui amènent le développement de l'épithélioma des fosses nasales.

Le *sex*e semble sans influence ; le nombre respectif des cas chez l'homme et chez la femme est à peu près identique. C'est une lésion de *l'âge* avancé, sur 13 cas réunis par Dreyfuss la plus grande fréquence est de 50 à 60 ans :

1	cas à 46 ans.
4	» de 50 à 55.
4	» de 55 à 60.
3	» de 60 à 70.
1	» de 70 à 80.

Au point de vue de l'âge des sujets atteints, le carcinome se sépare donc assez nettement du sarcome.

Rapports avec la rhinite chronique. — S'il est fréquent de trouver des lésions de rhinite ancienne chez les sujets atteints d'épithélioma, rien ne prouve qu'il y ait là une circonstance prédisposante et encore moins une relation causale directe : on a invoqué de même un érysipèle (Verneuil) un traumatisme (Delstanche) antérieurs.

Rapports avec les autres tumeurs du nez. — C'est là une question assez délicate ; on peut trouver chez le même sujet un épithélioma et des polypes muqueux. Est-on en droit d'en conclure qu'il y a entre les deux lésions une filiation directe. Nous croyons que dans la plupart des cas, il s'agit d'une simple association.

Il peut se faire que l'épithélioma se développe chez un sujet porteur de polypes muqueux et alors il devient très difficile de savoir si l'on peut attribuer une importance étiologique quelconque à la notion de l'existence antérieure des polypes.

La transformation épithéliomateuse d'un polype n'a jamais été saisie sur le fait, que nous sachions. D'autre part polypes et cancer coexistent assez souvent (Schaeffer, Hopmann, Terrier, Voltolini) mais ce que nous savons de l'étiologie des polypes muqueux explique très bien leur développement dans une fosse nasale cancéreuse.

Beaucoup plus probable est la relation entre ce que Hopmann a décrit sous le nom de papillome dur et l'épithélioma.

Anatomie pathologique. — Le cancer du nez est un épithélioma ; l'origine épithéliale n'est plus mise en doute et nous considérerons comme synonymes, les expressions de cancer, de carcinome et d'épithélioma.

Histologiquement, il s'agit tantôt d'épithélioma pavimenteux (Delstanche, Dreyfuss, Strazza) tantôt d'épithélioma cylindrique (Schmiegelow), tubulé (Pugliese) ou diffus.

C'est le labyrinthe ethmoïdal qui semble être le siège le plus habituel du cancer, qui tend à envahir les sinus et à progresser vers l'orbite et la cavité crânienne ; la cloison vient ensuite, sinon sur le même rang (Bouheben, de Casabianca, Winiwarter, Strazza).

Exceptionnellement, il s'agit d'une tumeur ayant débuté au niveau de la muqueuse des sinus et pénétré secondairement, dans les fosses nasales (cas de Verneuil).

Bornons-nous à signaler seulement la possibilité de l'extension d'un cancer du revêtement cutané dans l'intérieur des fosses nasales.

Symptômes. — Les auteurs qui confondent sous une description unique le sarcome et l'épithélioma insistent sur la fréquence des hémorragies. Or, l'épistaxis spontanée est exceptionnelle, dans l'épithélioma. Barzilai a noté une épistaxis abondante, dans les autres cas, on ne signale qu'une sécrétion muco-sanguinolente (Pepper) ou des croûtes noires hématiques (Schmiegelow). Les explorations au stylet, les tentatives d'extraction déterminent un écoulement de sang qui n'a rien de particulier.

L'infection des ganglions est rare et toujours tardive (Bouheben : 2 ans, Barzilai : 9 mois).

Les malades se plaignent d'abstruction nasale, d'écoulement

fétide, à odeur quelquefois très prononcée ⁽¹⁾ de céphalalgie tenace, etc., tous symptômes n'ayant rien de caractéristique et relevant peut-être pour une part de complications (empyèmes).

En dehors des *suppurations des sinus* d'une fréquence remarquable on a signalé comme complications la paralysie des nerfs de la base du crâne, les troubles oculaires, auditifs, cérébraux (méningite suppurée, etc.).

L'examen spéculaire permet-il de reconnaître, à coup sûr, l'existence d'un carcinome ? Assurément non.

Au début, on constate souvent un état plus ou moins marqué d'inflammation diffuse de toute la muqueuse nasale d'un seul côté, inflammation qui nous parait mériter d'être expressément signalée. La tumeur est unique, sessile, à surface granitée ou muriforme d'un rouge plus ou moins intense, de consistance assez ferme, saignant facilement.

La tumeur augmente assez rapidement de volume et bientôt s'ulcère. Les ulcérations sont profondes, irrégulières, à surface recouverte de croûtes noirâtres, à bord surélevé.

Le pronostic est très grave, la mort survient en général à la suite de complications (méningite). Le cancer de la cloison est plus facile à opérer, en raison de son siège et aussi de l'époque plus précoce où les malades viennent consulter le médecin. La récurrence est la règle. La marche de l'affection est souvent très rapide, surtout lorsque la tumeur évolue vers la cavité crânienne ; la durée moyenne ne semble guère dépasser une année ; cependant on l'a vue s'élever à 4 ans (Schmiegelow) et plus (Marique).

Traitement. — L'opération pour les épithélioma de la partie supérieure des fosses nasales n'est possible qu'au début, à l'époque où la base du crâne est encore indemne. Le cancer de la cloison se prête mieux à l'opération qui doit être radicale.

BIBLIOGRAPHIE

ROBIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1862. « Sur quelques hypertrophies glandulaires ».

PUGLIÈSE. — *Thèse de Paris*, 1862. « Essai sur les adénomes des fosses nasales. »

(1) La fétidité est précoce et il ne semble pas qu'elle soit toujours en rapport avec l'ulcération du néoplasme.

- BOUREHEN. — *Thèse de Paris*, 1873.
 DE CARABIANCA. — *Thèse de Paris*, 1876. « Des affections de la cloison des fosses nasales. »
 PEPPER. — *Philadelph. med. Times*, 1879.
 MARIQUE. — *Ann. mal. oreilles*, 1884. « Cancer épithélial primitif des fosses nasales. »
 BARZILAY. — *Thèse Paris*, 1885. « De l'épithélioma des fosses nasales. »
 SCHMIEGELOW. — *Rev. mensuelle de laryngol.* 1885. « Tumeurs malignes primitives du nez. »
 VERNEUIL. — Soc. de chirurgie de Paris, 1886.
 BONDE. — *Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd XXXVI, 1887.
 DREYFUSS. — *Wiener medic. Presse*, 1892. « D. malign. Epithelial-geswülste der Nasenhöhle. »
 STRAZZA. — *Bolletino della malad. dell' orecchio*, n° 3. 1893.
 BREMAN DOUGLAS. — *Acad. de med. de New-York.*, section de laryngol. et de rhin. séance du 27 mai 1896.
 FLATAU. — Soc. de laryngologie de Berlin, 23 février 1894.
 ACERTI. — *Arch. ital. di Laryng.*, 1891.

GÉNÉRALITÉS SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS DU NEZ

Traitement endonasal par les voies naturelles. — Pour les tumeurs bien limitées, en particulier pour les tumeurs de la cloison, l'ablation du tissu malade suivi ou non de la cautérisation galvanique de la base d'implantation a suffi dans bien des cas, à amener la guérison (polype hémorrhagique, sarcome). Le seul point important est d'enlever complètement le tissu malade. Il est indispensable de suivre le malade et de surveiller les récidives possibles. L'électrolyse a donné des succès entre les mains de Strazza.

Traitement chirurgical proprement dit. — Lorsque la tumeur est pédiculée et qu'il n'est pas possible d'atteindre le point d'insertion, dans tous les cas de tumeurs malignes siégeant ailleurs que sur la partie antérieure de la cloison dans ceux de tumeurs bénignes volumineuses, il ne faut pas hésiter à pratiquer une fenêtre nasale suffisamment large pour permettre une ablation complète. Ce précepte qui peut s'appuyer sur de nombreuses observations démonstratives est surtout vrai pour les chirurgiens incomplètement rompus à la technique des opérations intranasales.

Les procédés pour se donner du jour sont très nombreux, suivant le siège, le volume de la tumeur : on choisira celui qui convient le mieux dans chaque cas particulier.

Incision du sillon naso-génien ; de Verneuil, en Y renversé, incision dorsale ; relèvement de la sous-cloison (Leriche) ; opération de Rouge ; renversement latéral du nez (Chassaignac) ; renversement en bas (Ollier) ; résection du maxillaire supérieur, etc.

Il faut éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes, et pour cela pratiquer au préalable le tamponnement postérieur. La tumeur sera enlevée complètement au bistouri ou au galvano-cautère ; on a renoncé, en général, au thermo-cautère et à la réunion secondaire (Verneuil) de la plaie.

Traitement médical ou palliatif. — Dans les cas inopérables, on aura recours aux lavages contre les écoulements fétides, aux hémostatiques (eau oxygénée, antipyrine, gélatine) contre les hémorragies, aux transfusions salines contre l'anémie post-hémorragique, à la morphine contre la douleur ; les succès obtenus par Voltolini, avec la tisane de Zitmann, ne devront être espérés que dans les cas où la syphilis sera sous roche. — Il serait plus indiqué d'essayer le traitement par le sérum antistreptococcique qui a donné des résultats dans les lésions sarcomateuses.

Contre les sarcomes inopérables, on a pratiqué la ligature uni ou bilatérale de la carotide : dans le cas de van Buren (ligature d'une seule carotide), la mort survint au bout de quatre jours ; dans celui de Jarvis, on lia les deux carotides, on réséqua en outre le maxillaire supérieur, le malade guérit ; chez le malade de Schwartz⁽¹⁾, qui ne fut pas suivi, la ligature des carotides amena rapidement la diminution des pulsations dans une tumeur pulsatile de la région fronto-orbitaire ; Ledermann⁽²⁾ lia les deux carotides et son malade guérit.

III. — TUMEURS DES SINUS.

Les sinus étant embryologiquement les homologues de la partie supérieure ou ethmoïdale des fosses nasales, nous allons y retrouver les mêmes variétés de tumeurs. Il est donc

(1) SCHWARTZ. — *Union médicale*, 31 août 1895.

(2) LEDERMANN. — *Medical record*, 1896.

superflu d'en reprendre la description anatomique ; bornons-nous à dire qu'on y a décrit des polypes muqueux, des fibromes, des sarcomes, des enchondromes, des ostéomes, des épithéliomes, des kystes hydatiques.

On a décrit, en outre, comme assez commune dans les sinus, une production exceptionnelle au niveau de la muqueuse nasale, les kystes, par rétention, bien étudiés, par Giraldès ⁽¹⁾ dans un travail auquel on a peu ajouté depuis. Très rares, dans les sinus frontal et sphénoïdal dont la muqueuse est pauvre en éléments glandulaires, ils sont beaucoup plus fréquents dans le sinus maxillaire, nous les étudierons à son propos, ainsi que les kystes dentaires.

TUMEUR DU SINUS MAXILLAIRE

A. KYSTES MUQUEUX. — C'est Giraldès qui a le premier signalé la fréquence, établi la pathogénie et fixé les caractères anatomiques et cliniques des kystes de la muqueuse du sinus maxillaire. Les travaux ont été complétés par les recherches de Luschka, de Virchow, de Marchant, de Zuckerkandl, de Heymann, de Dmowski, de Alexander, etc. C'est une lésion très fréquente (Giraldès) ; sur dix-sept sinus, Marchant aurait trouvé onze fois des kystes ; Heymann les croit beaucoup plus rares.

On trouve toujours plusieurs kystes, dans certains cas, toute la cavité du sinus est remplie de kystes plus ou moins volumineux.

Il faut en distinguer avec Giraldès deux variétés : les uns miliaires, les autres plus volumineux de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon.

Tantôt on ne trouve de kystes qu'en un point, de préférence (Heymann, Alexander) sur les parois antérieure et interne, tantôt au contraire les kystes sont semés sur toute l'étendue de la muqueuse.

Les kystes miliaires sont remplis d'un liquide transparent, filant, les gros kystes ont un contenu d'aspect variable, transparent ou jaunâtre, épais, visqueux ; on y trouve souvent des

(1) GIRALDÈS. — Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire. Thèses agrégat. Paris 1851 ; Société de chirurgie, 1853.

cristaux de cholestérine, et quelquefois, des globules de pus, des hématies, des cellules épithéliales.

Les parois sont habituellement très minces, formées d'une couche de tissu conjonctif tapissé sur la face sinusienne d'épithélium cylindrique, sur la face interne d'épithélium cylindrique ou de cellules endothéliales (kystes lymphatiques ?)

L'étiologie de ces kystes a été assez discutée ; pour Giraudeau, il s'agit de la dilatation des glandes de la muqueuse ; si la dilatation porte seulement sur le canal excréteur, on a les kystes miliaires, si elle porte sur toute la glande on a les gros kystes.

Cependant, les auteurs étrangers pensent qu'il s'agit d'un processus un peu plus complexe ayant à son origine un état inflammatoire de la muqueuse du sinus. Les lymphatiques ou plus souvent les conduits glandulaires se trouveraient rétrécis par le fait de l'infiltration embryonnaire ou de la sclérose consécutive. Ajoutons que les polypes muqueux du sinus maxillaire présentent souvent des cavités kystiques.

Les symptômes des kystes muqueux du sinus maxillaire sont assez obscurs ; les plus caractéristiques d'après les auteurs français, distension et usure des parois osseuses, semblent appartenir bien plutôt aux kystes dentaires. Tantôt l'affection reste complètement latente, tantôt elle détermine seulement des troubles subjectifs (douleurs, lourdeurs de tête) nullement caractéristiques. L'éclairage par transparence ne donne rien, les kystes se laissant traverser par la lumière.

Lorsque, par suite de lésion nasale, on est conduit à soupçonner une lésion du sinus, la ponction peut ramener du liquide ; ce serait, d'après Alexander, à une lésion de ce genre qu'il faudrait rapporter les faits rapportés par Noltinius, sous le nom d'affection séreuse du sinus maxillaire, que cet auteur opposait à l'empyème de cette cavité.

Le pronostic semble très bénin, et il est rarement nécessaire d'intervenir chirurgicalement ; les procédés employés sont ceux applicables à l'empyème du sinus.

B. KYTE DENTAIRE ⁽¹⁾. — Dans les auteurs, on signale, à la suite du développement des kystes muqueux, la distension du

(1) Sous ce nom, nous ne comprenons pas les kystes dentifères.

sinus : « La paroi antérieure la plus faible cède la première :
 « une tumeur dure, sans changement de couleur du côté des
 « téguments, apparaît à la joue, à la fosse canine ; elle proémine
 « en haut, au-dessous de l'orbite, en bas, derrière la lèvre supé-
 « rieure. Peu à peu, la tumeur devient plus molle, à la pres-
 « sion elle fait entendre un petit bruit analogue à celui qu'on
 « produit en froissant un morceau de parchemin. Ce bruit est
 « produit par la lame antérieure du sinus aminci, qui cède à
 « la pression et reprend sa place en vertu de son élasticité. La
 « voûte palatine est quelquefois intacte, d'autre fois déviée,
 « amincie ; alors on peut sentir le flot de liquide qui va de la
 « joue à l'intérieur de la bouche » Jamain et Terrier.

Il est à remarquer que c'est au niveau du méat moyen que la paroi du sinus est la moins résistante et qu'il n'est pas fait mention de sténose nasale ni de déformation de cette région ; et en réalité il n'en existe pas.

Pareille déformation extérieure des parois des sinus a été décrite à propos de ce qu'on a appelé l'hydropisie du sinus. Or, celle-ci n'a pas d'existence propre, comme l'ont parfaitement indiqué Giraldès et Guyon. Les cas d'hydropisie osseuse se rapportent à des kystes de la muqueuse du sinus, les autres cas sont des faits d'empyème à liquide purulent muco-purulent ou quelquefois simplement séro-muqueux, mais dans ce cas la distension des parois du sinus n'existe pour ainsi dire jamais, le trop plein s'échappant vers les fosses nasales par l'ostium maxillaire qui reste perméable.

Cependant le fait clinique, avec son symptôme caractéristique : voussure de la paroi osseuse, bruit de parchemin, de quelles lésions relèvera-t-il ?

Dans certains cas, où l'incision simple pratiquée au niveau du point le plus saillant donne issue à du pus, Alberts pense qu'il peut s'agir d'une collection purulente chronique sous périostée avec ossification de la face profonde du périoste soulevé : il arrive cependant que d'autres fois la dégénérescence kystique ou polypo-kystique de la muqueuse du sinus peut être cause de la distension ; et cependant cette distension, on ne la constate pas même dans les cas où la dégénérescence est aussi marquée que possible (Zuckerkindl).

La dernière cause invoquée par Alberts, la seule admise par Zuckerkandl est l'existence de kystes dentaires ou radiculo-dentaires (Malassez) ou périostiques (Magitot).

Ils se voient chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant, en relation avec une dent malade. Ils se montrent plus fréquents à la mâchoire supérieure.

Au début, le kyste se développe près du sommet de la racine de la dent, pour Malassez dans le ligament dentaire ou à son voisinage: il s'accroît lentement, se creusant une loge dans l'épaisseur de l'os. Il évolue alors dans divers sens tantôt vers la périphérie du maxillaire, et arrive à proéminer soit au-dessous de la lèvre supérieure, soit au niveau du palais. Au niveau de l'os inter-maxillaire, il se dirige vers le vestibule du nez qu'il peut perforer, ou bien vers le palais osseux d'où il peut pénétrer aussi dans les fosses nasales.

Lorsque le kyste siège au niveau de la canine ou des molaires, il peut défoncer la paroi du sinus et faire saillie dans sa cavité, se dirigeant vers l'orbite et vers la paroi osseuse qui sépare le sinus du méat inférieur; la cavité proprement dite du sinus se trouve ainsi plus ou moins rétrécie. La paroi faciale de ces kystes est fortement distendue, amincie et donne au doigt la sensation de parchemin.

Le kyste peut se rompre dans la cavité du sinus et provoquer un écoulement par le nez et simuler ainsi une hydropisie du sinus.

Dans certains cas où la racine de la dent pénètre jusque dans le sinus, ou n'en n'est séparée que par une mince lamelle osseuse, le kyste se développe d'emblée dans la cavité du sinus et ne détermine aucune déformation des parois appréciable à l'extérieur.

Ces kystes pour Magitot ⁽¹⁾, sont d'origine inflammatoire (arthrite torpide alvéolo-dentaire); mais cette théorie semble en contradiction avec les faits, en particulier, avec la présence d'un épithélium pavimenteux sur les parois du kyste), dont Malassez a montré l'existence dans tous les cas; aussi a-t-il été amené à admettre que les kystes se développaient dans les débris épithéliaux paradentaires.

(1) MAGITOT. — *Société de biologie*, 1887.

Le contenu des kystes est tantôt clair et filant, tantôt butyreux et purulent.

L'origine de ces kystes, la présence dans la paroi de prolongements épithéliaux cylindriques ou ramifiés, la possibilité de récidives avec transformation épithéliomateuse plus ou moins complète, montre la parenté avec l'épithéliome kystique et solide des maxillaires.

Cela explique peut-être la tendance des kystes à déformer les parois osseuses du sinus.

Le pronostic est en général bénin, la transformation en épithélioma étant plutôt exceptionnelle.

La guérison ne peut s'obtenir que par l'extraction ou la destruction complète de la poche, l'ouverture simple même suivie du drainage étant insuffisante.

C. — SYMPTOMATOLOGIE DES TUMEURS BÉNIGNES DU SINUS MAXILLAIRE. — Si nous laissons de côté les kystes muqueux et dentaires auxquels nous avons consacré un chapitre à part, il nous reste peu de chose à dire de la symptomatologie des tumeurs bénignes du sinus maxillaire.

Les *polypes muqueux* signalés d'abord par Luschka ⁽¹⁾, ont été rencontrés par divers auteurs. Sur 250 crânes examinés à ce point de vue, Heymann a trouvé quatorze fois un polype unique.

Ces polypes ont une structure variant suivant que le point de la muqueuse sur laquelle ils s'implantent contient ou non des glandes. Dans ce dernier cas, on retrouve des glandes dans le tissu du polype ; les tubes glandulaires sont hypertrophiés ou bien assez souvent il y a dégénérescence kystique.

Les polypes sont d'habitude assez largement pédiculés. Ils se développent sur la muqueuse enflammée, aussi les voit-on souvent tendre vers la sclérose lorsque l'inflammation disparaît. Sauf dans des cas exceptionnels, où l'on a vu des polypes du sinus franchir l'ostium et faire saillie dans la fosse nasale (W. Fergusson, Heath.), la présence des polypes du sinus reste ignorée ; ils n'interceptent pas les rayons lumineux (éclairage de l'antre), et si l'on a décrit quelques symptômes, ils se rapportent uniquement à la sinusite concomitante.

(1) LUSCHKA. — *Virchows Archiv*. Bd. VIII, 1853.

Les *fibromes* tenus pour rares par les auteurs ont une structure variable : tantôt il s'agit de polypes anciens avec développement de tissu conjonctif adulte, tantôt de tumeurs très vascularisées, fibromes caverneux (Volkmann), tantôt enfin de fibromes calcifiés (Demarquay, Zukerkandl).

Luc a publié un cas d'*angiome* ossifiant.

Les *chondromes*, chondrome pur très rare, ostéo-chondromes (Trélat, Dolbeau), fibro-chondrome (Giraldès) sont des tumeurs qui s'observent surtout chez les sujets jeunes et peuvent présenter un développement considérable (Gensoul : tumeur de 20 centimètres de diamètre).

Les *ostéomes* ont été notés un peu plus souvent, de préférence aussi chez les sujets peu âgés 15-25 ans ; ce sont des tumeurs formées de tissu éburné compacte ou de tissu spongieux, ordinairement uniques, ovoïdes ou bosselées, lobulées, du volume d'une lentille à celui d'un œuf de poule et plus, libres ou adhérentes aux parois osseuses par un pédicule plus ou moins large.

D. SYMPTÔMES DES TUMEURS MALIGNES DU SINUS MAXILLAIRE. —

Les tumeurs malignes du sinus maxillaire sont le sarcome (Heath, Renault, Fritz, B. Levy) et l'épithélioma (Soulé, Renault, Reinhardt), qui comprend, bien entendu, ce qu'on a désigné autrefois sous le nom de carcinome.

Pour quelques auteurs, le sarcome (Guyon) et l'épithéliome (Jamain et Terrier) naîtraient dans le maxillaire supérieur et envahiraient secondairement le sinus. Il ne semble pas que ce soit le cas le plus fréquent.

Nous réunirons la description des symptômes du sarcome et de l'épithélioma, les différences qui les séparent étant assez peu précises. Ajoutons que c'est aux tumeurs malignes seules que semble se rapporter la description des anciens auteurs sur la séméiologie des tumeurs du sinus.

Le premier symptôme, le plus important à noter, et qui paraît constant dans le sarcome (Levy) est la douleur, d'intensité variable, mais résistante à toutes les médications. A côté des douleurs spontanées, limitées ou diffuses, ou à type névralgique, simulant souvent la névralgie dentaire, signalons une douleur à la pression et à la percussion de la paroi du sinus.

Les troubles subjectifs s'accusent et bientôt les parois osseuses se laissent déformer, distendre, surtout au niveau de la paroi antérieure et du rebord alvéolaire : tuméfaction de la joue, chute des dents, refoulement du globe oculaire en haut et en avant, troubles de l'excrétion des larmes, sténose nasale unilatérale.

A ce moment, la percussion dont nous recommandons l'emploi d'une façon systématique dans les lésions de l'antre maxillaire, peut donner des indications ; de même l'éclairage par transparence qui montrera l'imperméabilité du sinus aux rayons lumineux.

L'accroissement continu de la tumeur exagère ces troubles et en ajoute de nouveaux ; la tumeur détermine par compression ou envahissement des troncs nerveux, des troubles paralytiques ou névralgiques divers : paralysie faciale, compression des branches du trijumeau, etc. Suivant le sens dans lequel se fait surtout l'accroissement, on voit la paroi du sinus à ce niveau, se déformer, puis se détruire, et la tumeur ne tarde pas à apparaître à l'extérieur, au niveau de la joue, de la fosse canine, de l'orbite, des fosses nasales, du palais osseux, etc.

A cette période, l'adénopathie secondaire est habituelle dans l'épithélioma ; et la mort peut survenir soit par généralisation, soit par extension vers la cavité crânienne, soit par septicémie (infection secondaire).

Le pronostic est grave surtout pour l'épithélioma ; il est nécessaire, dès que le diagnostic est posé, d'intervenir largement : large ouverture du sinus, résection partielle ou totale du maxillaire supérieur. Dans le cas de sarcome inopérable, on pourra songer à la ligature de la carotide.

Duplay a résumé ainsi les différents termes du diagnostic qui se posent dans les cas de tumeur du sinus maxillaire.

1° *La tumeur siège-t-elle dans le sinus ?* Des tumeurs nées dans les fosses nasales, dans le rétro-pharynx, dans le maxillaire supérieur, peuvent envahir secondairement la cavité du sinus, inversement, des tumeurs du sinus peuvent, par suite de leur extension, donner lieu à des confusions.

Souvent la question ne peut être tranchée, même à l'autopsie. En général, l'étude de l'évolution des accidents, l'examen de tous les symptômes, permettra de porter un diagnostic,

ce qui n'a guère d'intérêt. En effet, pareil problème ne se peut guère poser que pour les tumeurs malignes et alors quelque soit le point de départ, les indications restent les mêmes.

2° *S'agit-il d'une tumeur liquide ou solide ?* A part quelques cas d'empyème aigu, de kystes hydratiques, cette question se résume pour nous (v. plus haut) en celle-ci : Y a-t-il tumeur solide ou kyste dentaire, toutes les fois qu'il y a déformation des parois osseuses de l'antre.

L'éclairage par transparence, et la ponction exploratrice, lèveront seuls les doutes ; les fluctuations, la crépitation parcheminée pouvant s'observer dans le cas de tumeurs molles (cancer encéphaloïde).

3° *La tumeur est-elle bénigne ou maligne ?* La marche de l'affection, en général assez rapide, la présence d'adénopathies, l'existence de douleurs tenaces et précoces, l'atteinte de l'état général, la leucocytose, etc., plaident en faveur d'une tumeur maligne.

Le sarcome se voit à un âge moins avancé que l'épithélioma et n'a pas son retentissement ganglionnaire.

Les tumeurs bénignes susceptibles de provoquer une déformation des parois osseuses apparaissent d'habitude avant 30 ans (ostéome, chondrome), leur évolution est lente ; elles déterminent relativement peu de douleurs, et à une époque plus tardive, enfin elles sont sans action sur l'état général.

BIBLIOGRAPHIE

WERNER. — « Ueber die Auftreibung d. Sinus max. durch Flüssigkeiten. binsb. sond. durch Schleimeysten. » *Arch. f. klin. chirurg.* Bd. XIX.

MANCHANT. — « Essai sur les kystes muqueux du sinus maxillaire. » *Thèse Strasbourg*, 1869.

HEYMAN. — « Ueber gutartige Gesch. wülste der Highmorshöhle. Virchow's, Archiv. » Bd. CXXIX.

DMOKOWSKI. — *Archiv. f. Laryngol.* Bd. III.

NOLTENIUS. — « 37 Fälle seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle. » *Monat. f. Ohrenheilk.*, avril 1895.

ALEXANDER. — *Archiv. f. Laryngol.* Bd. VI.

B. LEVY. — *New-York med. Journal.* 17 mai 1894.

REINHARDT. — *Wiener klin. Wochenschr.* Octobre 1894.

TUMEURS DU SINUS FRONTAL. — Nous laissons de côté ce qu'on a appelé hydropisie du sinus frontal et citerons comme tumeurs

liquides : 1° les kystes muqueux, 2° les polypes kystiques, 3° les kystes hydatiques, 4° les kystes dermoïdes (Salzer).

Des premiers, on ne connaît que quelques observations, (Martin, en 1888, n'en a réuni que 10 cas) ; on ne connaît que deux faits de kystes hydatiques (Langenbeck, Keate).

Les tumeurs solides sont analogues à celles que nous avons signalées dans le sinus maxillaire ; les polypes muqueux sont beaucoup plus rares (Zuckerkindl), on a décrit des fibromes, des ostéomes (Dolbeau, Tillmanns) des chondromes (Kuhne-Grünwaldt).

Les tumeurs malignes (sarcome, épithéliome) ont une séméiologie calquée sur celle des tumeurs du sinus maxillaire : douleurs, extension vers les cavités voisines, déformation et destruction de la paroi antérieure (Winiwarter, Ohren). Naturellement, l'envahissement de l'orbite et du crâne est une complication fréquente (Moure). Le sarcome serait plus fréquent que l'épithélioma.

Récemment Hellmann a décrit le papillome dur du sinus frontal et sa transformation épithéliomateuse.

BIBLIOGRAPHIE

MARTIN. — Tumeurs des sinus frontaux. *Thèse*. Paris 1888.

OHREN. — *Laugenbeck's Archiv*. Bd. XXXVII.

HELLMANN. — *Archiv f. Laryng. u. Rh.* Bd. VI.

TUMEURS DU SINUS SPHÉNOÏDAL. — Le travail le plus complet sur cette question, est la thèse de Berger (¹). Les kystes muqueux semblent très rares ; Zuckerkindl n'en cite qu'un cas. Les polypes muqueux sont un peu plus fréquents.

Virchow, Zuckerkindl ont rencontré des ostéomes, Lawson a décrit un chondrome congénital. Enfin on a décrit le sarcome (Behring-Wicherkiewicz) et l'épithélioma (Albert).

Plus souvent qu'au niveau du sinus frontal et peut-être plus rarement que pour le sinus maxillaire, on a constaté l'envahissement secondaire du sinus sphénoïdal par les productions primitivement développées au niveau du rétro-pharynx, fibro-

(¹) BERGER. — Chirurgie du sinus sphénoïdal. *Thèse*. Paris, 1890.

mes (Michaux, Simon) ou des cellules ethmoïdales postérieures, myxomes, sarcomes (Chiari).

Tant que la tumeur ne distend pas les parois du sinus, la symptomatologie reste vague ou nulle ; dans les faits de polypes muqueux coïncidant avec une inflammation du sinus, on a observé les signes habituels de cette dernière.

Mais, et cela surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne, la cavité ne tarde pas à être comblée, les parois refoulées se résorbent progressivement et la tumeur envahit les parties voisines (pharynx supérieur) partie ethmoïdale des fosses nasales, méat supérieur, orbite, crâne, etc.

L'envahissement du crâne s'annonce souvent par de la céphalalgie postérieure violente, des accès épileptiformes, des crises de vomissement. Plus rarement, aucun symptôme ne met sur la voie (Lucke). A la période tardive on peut observer des métastases : la mort est habituellement la conséquence d'une méningite ou d'un abcès cérébral.

Un des premiers signes de distension du sinus, bien étudié par Berger, est la compression du nerf optique avec atrophie consécutive. Le rétrécissement temporal du champ visuel est considéré par Berger comme caractéristique des tumeurs du sinus sphénoïdal. Il faut noter que Killian et surtout Ziem, ont protesté contre cette opinion. Chez un malade de Priestley Smith, on nota de l'hémianopsie temporale périodique.

Le fait de l'amaurose par atrophie du nerf optique (compression) reste au-dessus de toute discussion. Berger en a relevé 22 observations.

Le traitement chirurgical des tumeurs de cette région est assez complexe ; on a cherché à les aborder par diverses voies (nasale, orbitaire) et souvent on a été conduit à pratiquer la résection totale du maxillaire supérieur.

II

SUR LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ORGANE AUDITIF

Par **S. SZENES** (de Buda-Pesth) (1).

On sait que les suites des lésions traumatiques de l'organe de l'ouïe peuvent affecter les formes les plus diverses, et qu'il est impossible de tracer un tableau typique de ces affections souvent très graves. Depuis les plus légères exfoliations de l'épiderme du conduit auditif externe jusqu'aux destructions étendues de l'appareil récepteur du son, les suites du traumatisme peuvent se borner à certaines parties de l'organe auditif, mais trop souvent la lésion atteint plusieurs parties.

La littérature contient les cas les plus divers, et si je suis revenu sur ce sujet, c'est parce qu'il concerne une question fort importante tant au point de vue clinique que médico-légal.

Je ne parlerai pas de tous les cas de lésions traumatiques de l'organe auditif, mais seulement de quelques observations recueillies durant ces dernières années.

I. Le 20 novembre 1890 je reçois la visite d'un négociant, âgé de 30 ans, qui, trois mois et demi auparavant, se promenait à la campagne lorsque ses chevaux prirent peur et qu'il fut précipité hors de la voiture. Le malade demeura sans connaissance et fut porté à l'hôpital où l'on diagnostiqua une blessure saignante sur l'os pariétal gauche, sans fracture apparente de l'os atteint. La perte de connaissance dura environ quarante heures, puis le malade se rétablit au bout de six semaines, mais les signes de commotion cérébrale persistèrent. Il se produisit aussi une légère hémorrhagie de l'oreille gauche qui dura neuf jours. Depuis lors, le malade entend mal du côté gauche, à droite le pouvoir auditif s'est amélioré à la suite de la cessation d'une otorrhée ayant persisté vingt années. Le malade accuse des bourdonnements incessants du côté gauche.

(1) Communication faite le 26 septembre 1895 au V^e Congrès International d'otologie à Florence.

A l'examen par le miroir on voit que la membrane tympanique gauche est parfaitement normale, à droite on remarque une cicatrisation du quadrant postéro-inférieur. A droite, le malade entend la montre à 40 centimètres, les tons graves du diapason ne sont conduits que par la voie osseuse, et les tons élevés par la voie aérienne. Du côté gauche, surdité absolue pour la montre et le chuchotement (j'ai essayé de tous les cornets acoustiques), l'acoumètre de Politzer était senti et non entendu par la voie osseuse, de même que les diapasons *ut*, *ut*¹ et *ut*²; *ut*³ et *ut*⁴ de même que *la* furent latéralisés à droite par l'apophyse mastoïde gauche; les divers tons du diapason furent également latéralisés à droite par l'épreuve de Weber et le Rinne fut négatif à droite. Dans ces conditions, je diagnostiquai : Cicatrisation de la membrane tympanique droite consécutive à la cessation d'une suppuration chronique de la caisse; surdité gauche due à une commotion labyrinthique.

Sur le pariétal gauche, la plaie formait une cicatrice cutanée longue de 3 centimètres et demi, tandis que dans le conduit auditif externe on ne voyait aucun endroit pouvant éclairer sur l'origine de l'hémorragie auriculaire; au moyen du cathéter on peut vérifier qu'il ne s'était produit aucune rupture tympanique.

Comme huit mois et demi s'étaient écoulés depuis l'accident je ne pus promettre aucun résultat d'un traitement éventuel auquel le malade ne se soumit pas et je n'ai retenu cette observation qu'au point de vue du diagnostic.

L'hémorragie auriculaire qui dura neuf jours doit provenir d'une paroi du conduit auditif et la cessation de l'écoulement dut être suivie d'un rapprochement difficile à reconnaître des bords de la plaie. J'attribuai la surdité gauche à une commotion labyrinthique, provoquée par la chute sur la partie gauche de la tête, le labyrinthe droit étant indemne.

Les observations II et III étant semblables sur bien des points, je ne les rapporterai pas ici.

IV. Je fus appelé le 18 août 1893 auprès d'un négociant, âgé de 32 ans, qui, le matin, ayant fait un faux pas avait été renversé sous un tramway et piétiné par les chevaux d'une autre voiture. Tombé sans connaissance, le malade fut transporté à l'hôpital Saint-Roch et de là à son domicile particulier où je le vis le soir. Il était étendu sur le dos, les yeux fermés, dans un état d'apathie complet, remuant seulement de temps à autre un

pied ou une main, il ne répondait à aucune question et laissait couler son urine sous lui. J'avais été appelé parce que le matin il s'était produit une hémorrhagie de l'oreille gauche qui diminua dans la journée tout en demeurant profuse.

À l'examen on trouva dans le conduit auditif externe gauche rétréci quelques croûtes sanguines desséchées et une certaine quantité de sang liquide que j'enlevai ; ainsi je pus constater la rupture de la paroi supéro-postérieure du conduit auditif près de la membrane tympanique ; la portion inférieure du tympan était plus recouverte de caillots sanguins que la partie supérieure, et malgré la difficulté de l'examen du malade, je vis que le manche du marteau n'avait pas sa forme habituelle et n'était pas situé au bon endroit. Vu l'état du malade, je renonçai à examiner le pouvoir auditif et je compléai ainsi le diagnostic du médecin traitant : Commotion cérébrale avec fracture probable de la base du crâne à la suite de la rupture reconnue de la paroi du conduit auditif ; je fis tamponner solidement le conduit auditif dans l'éventualité d'une hémorrhagie abondante.

Le malade demeura douze jours sans connaissance, puis petit à petit il se remit, mais il ne put quitter son lit avant deux mois, il eut encore besoin de trois à quatre mois pour se rétablir complètement. Durant cette période il avait souffert de maux de tête et de vertiges, que l'on hésita à attribuer soit à une lésion de l'oreille interne, soit aux symptômes cérébraux. Au bout de quelques jours survint un écoulement de l'oreille droite qui cessa en cinq à six semaines sous l'influence de lavages pratiqués par le médecin traitant, et quand je vis le malade complètement remis je ne distinguai aucune cicatrice à la place de la rupture du conduit auditif, bien que le manche du marteau fut séparé en deux fragments inégaux, dont la partie inférieure était trois fois plus grosse que la partie supérieure, formait un angle obtus et qu'il y eut un dépôt calcaire sur la membrane tympanique. À la suite de la soudure intratympanique qui fut reconnue au moyen du cathéter et du speculum de Siegle, le pouvoir auditif diminua au point que la montre ne fut plus entendue que contre le pavillon et la voix chuchotée à 20 centimètres à peine, *ut*¹ et *ut*, seulement pour la conduction osseuse, *ut*², *ut*³ et *ut*⁴ et la furent perçus aussi par la voie aérienne. Par l'épreuve de Weber, le son du diapason est latéralisé du côté gauche malade. Le Rinne est positif pour les tons élevés du diapason et négatif pour les tons graves.

J'ai revu le malade plus d'un an après, il vaque à ses occupations et son ouïe s'est améliorée.

Dans ce cas on a eu certainement affaire à une fracture de la paroi du conduit auditif et du marteau qui guérit à la suite d'une suppuration de la caisse qui dura cinq à six mois. J'attribue la diminution du pouvoir auditif aux altérations de la caisse; aucun accident labyrinthique; il était survenu une petite lésion de l'oreille interne qui disparut en même temps que les symptômes cérébraux s'amendèrent, sans laisser de trace.

Chez un cinquième malade, quelques heures après le traumatisme, je vis une lésion de la paroi antérieure du conduit auditif qui guérit en peu de jours.

Ce cas concernait un confrère qui, dans l'obscurité tomba dans un escalier d'une façon si malheureuse que l'extrémité d'un crochet de ses lunettes s'enfonça à plusieurs millimètres dans la paroi antérieure du conduit auditif et donna lieu à une hémorrhagie assez abondante de l'oreille droite. Je pénétrai avec la sonde à une profondeur de 2 millimètres et demi, mais sans rencontrer de fragments osseux.

Il ne se produisit pas d'autres accidents que l'hémorrhagie auriculaire qui diminua peu à peu, l'audition n'était pas altérée. L'hémorrhagie céda à un tamponnement énergique et la plaie se cicatrisa.

Ce cas n'offre rien de particulier, si ce n'est qu'on ne doit pas considérer l'hémorrhagie auriculaire due à une chute comme la suite d'une rupture osseuse.

OBSERVATION VI. — Enfant de 2 ans et demi tombé d'une table, atteint d'une hémorrhagie de l'oreille droite provoquée par une fissure du conduit auditif externe, troubles labyrinthiques très prononcés. L'enfant vomit deux ou trois fois et il trébuche en marchant pendant cinq jours; l'hémorrhagie cesse le troisième jour, mais pendant quelque temps il sort un peu de pus de la fissure, au bout de vingt-trois jours l'enfant est complètement remis. Ceci se passait en novembre 1892, de temps en temps on me ramène l'enfant qui continue à se bien porter.

Quant au septième cas qui eut une heureuse issue, il me causa beaucoup d'ennui, car la lésion se produisit dans mon cabinet.

Le 30 juillet 1894, un confrère vint me consulter. Dix ans auparavant il avait souffert d'une suppuration aiguë de la caisse qui devint chronique malgré le traitement que lui ordonnèrent quelques spécialistes en vue d'enrayer l'écoulement après l'ex-

traction du marteau carié. Depuis quelques semaines la sécrétion a reparu, et quelquefois est apparu un léger vertige à la suite du lavage de l'oreille.

Je trouvai du pus fétide au fond du conduit auditif droit, je nettoyai soigneusement l'oreille et vis sur la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, près du bord presque complètement détruit de la membrane tympanique, trois végétations polypôides isolées, grosses comme des têtes d'épingles. Tout d'abord je voulus exciser ces végétations, et lors de leur extraction à l'aide d'une petite curette, je trouvai les os ; j'introduisis ensuite la sonde dans le récessus épitympanique où je sentis la carie à travers de petites végétations saignant facilement. Je commençai à nettoyer la partie supérieure de la caisse avec une seringue spéciale, mais à peine quelques gouttes de la solution faible de lysol eurent-elles pénétré sous une pression très douce, que mon confrère me dit qu'il allait tomber en syncope et que je dus le conduire à un canapé placé 4 mètres plus loin sur lequel il s'étendit. A peine couché, le malade fut pris de vertige, tout tournait autour de lui dans la chambre, et il eut des vomissements presque incessants, bien qu'il fut étendu sur le dos. Une sueur froide inonda tout son corps, pouls à 56, le malade ne perdit pas totalement connaissance, mais se plaignit d'oppression et de difficulté à respirer profondément. Après deux injections de camphre et d'éther je cherchai à mettre sa tête dans diverses positions pour éviter de nouveaux vomissements, ce qui réussit lorsque le malade s'étendit du côté gauche sain en élevant un peu la tête. Il resta trois heures et demie sur mon canapé, et sitôt qu'il voulait bouger tant soit peu le vertige et les vomissements repaurent. Il ne me restait plus autre chose à faire que de le conduire à l'hôpital dans la position latérale, en route il vomit encore plusieurs fois de même que le lendemain matin ; au bout de cinq jours il put quitter le lit.

J'attribue ces accidents subits aux suites du choc labyrinthique, car durant son séjour à l'hôpital le malade n'a pas eu de fièvre.

Je fis part à mon confrère de la gravité de son état et je lui conseillai de se soumettre à une opération radicale. Il rentra chez lui, arrangea ses affaires et alla consulter Schwartz, à Halle, qui confirma mon diagnostic et fit l'opération. Le malade ne s'attendait pas à la guérison complète et il y a quelques jours il m'écrivit qu'à part une suppuration faible qu'il traite par des ampons de gaze introduits tous les deux jours dans l'oreille, il se trouve très bien et me raconte que depuis trois mois il fait de la bicyclette et que parfois il fait des courses de 30 kilomètres sans se fatiguer.

III

EFFET DES IRRITATIONS DE LA MUQUEUSE NASALE SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR ET DU POULS

Par **E. GUDER** (de Genève).

Depuis que les travaux de Voltolini, de Hack, de B. Fraenkel et d'autres, ont attiré l'attention sur les actes réflexes que pouvaient produire dans l'organisme certaines altérations pathologiques de la pituitaire, entre autres celles de la muqueuse recouvrant les cornets inférieurs et moyens, la littérature médicale s'est considérablement enrichie de faits se rapportant à ce sujet ; de nombreuses observations sont venues appuyer les recherches des auteurs cités plus haut et élargir le cadre de nos connaissances sur ce point obscur de la pathologie intranasale.

Cependant, malgré les nombreuses publications ayant trait au sujet qui nous occupe, celui-ci est loin d'être épuisé. Si les phénomènes réflexes ayant leur point de départ sur la muqueuse nasale sont mieux connus, et si les lésions qui peuvent donner lieu à ces manifestations ont été mieux étudiées qu'autrefois, il n'en est pas de même des rapports qui peuvent exister entre la cause et l'effet, autrement dit entre une altération pathologique déterminée des fosses nasales et un acte réflexe donné.

Par exemple, pour ne citer qu'un fait : pourquoi une hypertrophie de la partie antérieure du cornet inférieur provoque-t-elle comme phénomène réflexe des accès d'asthme dans un cas, tandis que la même lésion sera le point de départ d'accès répétés de migraine chez un autre malade ?

Ce sont là des faits souvent observés, même chez des malades de constitution et de tempérament semblables.

Les affections nasales peuvent donner lieu à des actes réflexes dans plusieurs organes, même éloignés, mais les plus fréquents ont été observés dans l'appareil respiratoire. Il est certain aujourd'hui que dans nombre de cas, l'asthme dit des foins, a son point de départ dans une irritation anormale des fibres nerveuses de la muqueuse nasale et que la suppression de cette irritation ou la destruction des terminaisons nerveuses de la muqueuse amène une guérison durable de cette pénible maladie.

L'énumération des organes pouvant être le siège de ces phénomènes réflexes ne rentre pas dans le cadre de notre travail, mais il en est un qui, d'après quelques auteurs, serait assez fréquemment influencé par des irritations intra-nasales ou par des lésions pathologiques de la pituitaire; nous voulons parler de l'organe circulatoire, et du cœur en particulier.

Les recherches de Brown-Séquard ont montré que des irritations même légères des régions où s'épanouissaient les fibres terminales du trijumeau pouvaient provoquer l'arrêt d'une fonction importante, telle que celle du cœur ou de la respiration, et que la pituitaire peut être le point de départ de réflexes inhibitoires auxquels on fait jouer le principal rôle dans les cas de mort subite ou de syncope grave ⁽¹⁾. Le nez jouirait donc des mêmes propriétés que le creux épigastrique, dont on connaît la sensibilité pour des traumatismes même légers.

Kratschmer ⁽²⁾ a observé qu'en faisant respirer à des lapins des vapeurs d'éther, de chloroforme ou d'alcool, il se produisait un arrêt immédiat de la respiration en expiration. Comme on pouvait se demander quelle part revenait aux nerfs de la muqueuse nasale dans cet arrêt, Knoll ⁽³⁾ a démontré que le vague, le sympathique et le trijumeau étaient les seuls nerfs possédant des fibres dont l'irritation provoquait une expiration réflexe.

(1) BROUARDDEL. — La mort et la mort subite, Paris, 1895.

(2) KRATSCHEMER. — Reflexe von der Nasenschleimh. auf Athm und Kreislauf. (*Sitzber. der K. K. Akad. der Wiss. zu Wien.* LXII, Bd. II, 1870, *ref. in* W. RUNGE.) — Die nase in ihr. Bez. z. ulb. Körper, Iena, 1885.

(3) KNOLL. — *Sitzber. der K. K. Akad. z. Wien*, XCII, IV, *Abtheil.*, 1889, *Vide in* HEYMANN. — *Handbuch der Laryngol. etc.* Bd. III, p. 204. 1896.

Les expériences de Kratschmer ont en outre montré que les mouvements du cœur s'arrêtaient un instant sous l'influence d'une irritation même légère de la muqueuse nasale, mais que les battements recommençaient bientôt, lentement il est vrai, et n'atteignaient leur fréquence première qu'après un temps assez long. La pression artérielle restait la même ou augmentait légèrement.

François-Franck ⁽¹⁾ a cherché à se rendre compte expérimentalement des relations qui existent entre les lésions ou les irritations de la muqueuse nasale et les actes réflexes dans les organes éloignés.

Ses expériences ont porté sur des chiens, des chats et des lapins et il a pu, par des irritations variées de la muqueuse saine ou préalablement enflammée, provoquer plusieurs réflexes signalés chez l'homme, tels que le spasme bronchique, le spasme laryngé réflexe et chez le lapin il a obtenu des accès d'asthme bien caractérisés.

Pour ce qui concerne les troubles cardiaques, il est arrivé aux conclusions que l'irritation énergique de la muqueuse normale du cornet inférieur provoque chez les animaux le ralentissement réflexe progressif des mouvements du cœur, en même temps que des troubles réflexes respiratoires. Ces réflexes cardiaques sont plus accusés si la muqueuse a été préalablement enflammée et ils s'atténuent et peuvent même ne pas se produire si l'on a cocaïnisé la muqueuse.

François-Franck n'a rapporté qu'une observation chez l'homme, où un simple attouchement de la muqueuse du cornet inférieur chez un individu nerveux amena une notable accélération du pouls.

Les nerfs sensibles de la muqueuse nasale ne sont pas les seuls pouvant provoquer un acte réflexe sur l'organe respiratoire. Gourewitch ⁽²⁾, Arnheim ⁽³⁾ et Henry ⁽⁴⁾ ont montré

⁽¹⁾ FRANÇOIS-FRANCK. — « Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes ». *Archives de physiologie*, 1889, p. 538 et suiv.

⁽²⁾ GOUREWITCH. — « Wirkung des Olfactorius auf die Athmung ». *Diss. inaug.* Berne, 1883.

⁽³⁾ ARNHEIM. — « Beiträge zur Theorie der Athmung ». *Diss. inaug.* Leipzig, 1874.

⁽⁴⁾ HENRY. — « Influence des odeurs sur les mouvements resp. », etc., *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1891, p. 442.

que l'on pouvait amener un ralentissement et des modifications du rythme respiratoire, en agissant soit directement sur le nerf olfactif au moyen de substances odorantes, soit en irritant les lobes olfactifs eux-mêmes.

Les auteurs de ces recherches expérimentales se sont surtout occupés des actes réflexes se produisant du côté de la respiration, tandis que les modifications des mouvements du cœur et de la circulation en général ont été peu étudiées et peu observées.

On comprend du reste que les organes circulatoires, le cœur en particulier, ne subissent que peu ou pas de modifications dans leurs fonctions sous l'influence d'irritations intra-nasales, quand on considère que le nez est avant tout un organe respiratoire.

Les nombreux replis de la muqueuse nasale, sa richesse en vaisseaux sanguins et en tissu caverneux, ont pour but de retenir les particules solides qui pourraient nuire au larynx et aux bronches, et de réchauffer l'air atmosphérique inspiré, tout en lui fournissant l'eau nécessaire à sa saturation. Ces particules ou ces gaz nuisibles pénètrent-ils dans les fosses nasales ? il se produit alors du spasme glottique, de la constriction des bronchioles, de la toux, de l'éternuement, etc., actes réflexes qui ont pour but d'arrêter et d'expulser ces substances.

L'organe central de la circulation n'est pas en communication avec l'athmosphère et ne saurait être soumis directement à son influence ; un acte réflexe protecteur n'est par conséquent pas nécessaire.

Cependant quelques faits cliniques sont là qui sembleraient prouver qu'il existe un certain rapport entre la muqueuse nasale et les mouvements cardiaques et que dans des cas particuliers, ces derniers peuvent subir des modifications qui seraient dues exclusivement à des irritations intra-nasales.

Ces modifications peuvent être variables et se produire dans les affections les plus diverses de la muqueuse nasale. Ainsi les malades atteints de sténose nasale se plaindraient souvent d'une sensation de constriction, de serrement, « d'angoisse » et de pesanteur, dans la région cardiaque, sensation générale-

ment continue, mais présentant parfois des paroxysmes douloureux pouvant atteindre une grande intensité. Quelquefois ces malades accusent des points dans la région du cœur, des vertiges, des peurs nocturnes (Alpdrücken), etc.

Un autre phénomène réflexe du côté du cœur, et qui souvent se trouve associé à ceux que nous venons de d'énumérer, consiste en palpitations.

De même que la sensation de constriction et d'angoisse précordiale, les palpitations peuvent se produire sous forme d'accès et présenter une telle intensité que l'on se trouve en présence d'un complexus morbide offrant de grandes analogies avec l'angine de poitrine vraie et auquel on a donné différents noms, tels que tachycardie paroxysmale (¹), *angina pectoris vasomotoria* (²) mais dont la nature anatomique est inconnue.

Stanislas v. Stein (³) qui s'est occupé de cette question des réflexes cardiaques dit les avoir rencontré cinquante fois sur 530 cas d'affections nasales, donc dans 9,3 %, et il indique Kupper (⁴) comme ayant le premier attiré l'attention sur cette forme de palpitations.

Il s'agissait dans le cas de Kupper d'une malade de 27 ans, souffrant de fortes palpitations, durant quelquefois une journée et s'exacerbant le soir au lit.

Les symptômes augmentèrent pendant une année et demie malgré tous les traitements institués : bromures, hydrothérapie, etc.

L'examen du cœur donnait un résultat négatif. K. cautérisa douze fois les cornets inférieur et moyen ainsi que la muqueuse tuméfiée de la paroi postérieure de pharynx et amena ainsi une guérison définitive.

Ces accès de palpitations ont aussi été signalés par John

(¹) EICHENHORST. — Handbuch der spez. Pathol. et Therap. Wien, 1890, Bd. I.

(²) FLIERS. — Neue Beiträge zur klin. et therap. der Nasenreflexneurosen, Leipzig, 1893.

(³) STAN V. STEIN. — « Ueber die Häufigkeit gewisser Herzneurosen in Zusammenhang mit Nasenleiden ». *Monatschr. f. Ohreheilkunde*, etc., p. 196, 1889.

(⁴) KUPPER. — « Ueber d. Einfluss von chron. Erkrank. der Nasenschleimhaut auf. nerv. Herzklopfen ». *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1884.

N. Mackenzie ⁽¹⁾ ; Hopmann ⁽²⁾ et Hack ont attribué à des lésions nasales la production de la maladie de Basedow.

Le premier de ces auteurs aurait même obtenu la guérison d'un cas de Basedow unilatéral par le traitement d'une affection nasale concomitante. Hack ⁽²⁾ cite un cas semblable et B. Fraenkel ⁽⁴⁾ aurait aussi obtenu des résultats favorables par des cautérisations intra-nasales dans la même maladie. Masucci ⁽⁵⁾ rapporte un cas de maladie de Basedow guéri par l'ablation de myxomes qui occupaient la fosse nasale gauche.

Fliess ⁽⁶⁾ a observé un nombre considérable de cas de névroses réflexes d'origine nasale, présentant les symptômes les plus divers (peut-être seulement trop !) et a noté que sur cent trente-deux malades examinés et traités par lui, vint-neuf se plaignaient de palpitations de cœur, palpitations qui disparaissaient après un traitement intra-nasal.

Réthy ⁽⁷⁾ a observé sur 131 cas d'hypertrophie polypoïde de l'extrémité postérieure des cornets, quatre malades se plaignant de palpitations et cinq d'un sentiment d'oppression et de dyspnée sans palpitations. En comparant les chiffres de Fliess et de Réthy, on voit que le premier aurait observé environ sept fois plus de cas accompagnés de palpitations que le second et il semblerait que ces troubles cardiaques sont moins fréquents lorsque l'extrémité postérieure seule des cornets est hypertrophiée.

Les traités de Moure, de Moldenhauer, de Lennox Browne, de Lermoyez et de Flatau ne parlent pas des réflexes cardiaques pouvant s'observer dans le cours d'affections intra-nasales ; par contre, l'ouvrage plus complet publié par Hey-

(1) STAN. V. STEIN. — *Op. cit.*

(2) HOPMANN. — *In Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 42, 1888. Ref. in *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., juill. 1889, p. 418.

(3) HACK. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1886, n° 25.

(4) B. FRAENKEL. — *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1889. Ref. in *Annales des mal. de l'oreille*, etc., juill. 1889, p. 417.

(5) MASUCCI. — « Congrès de la société italienne d'otologie, laryngol. et rhinol ». Florence, septembre 1895. Ref in *Annales des mal. de l'or.*, etc., n° 5, mai 1896, p. 490.

(6) FLIESS. — *Op. cit.*

(7) RETHY. — *Die polypoïde Rhinitis und ihre Behandlung*, etc., Wien, 1894.

mann ⁽¹⁾ étudie la question en détail et lui consacre plusieurs pages.

On trouve dans la littérature médicale de ces dernières années quelques observations de palpitations qui ne paraissent être dues qu'à des lésions intra-nasales.

Gradenigo ⁽²⁾ rapporte l'observation d'un malade atteint de catarrhe hypertrophique de la muqueuse nasale présentant de vraies crises d'angine de poitrine, ce qui, d'après l'auteur, n'aurait pas encore été signalé par les rhinogistes.

Sansom ⁽³⁾ admet que les affections nasales ont une action excitatrice sur les mouvements cardiaques et un fait qui parlerait en faveur de cette opinion serait celui de Spencer Watson ⁽⁴⁾ qui cite le cas d'un homme de 35 ans atteint d'obstruction nasale depuis plusieurs mois et souffrant de tachycardie : cent-vingt pulsations par minute. Dans l'espace d'une année on lui enleva en quatorze séances plusieurs polypes. L'état général, assez mauvais au début, s'améliora progressivement, ainsi que la tachycardie qui disparut lorsque la respiration nasale fut redevenue tout à fait libre.

Woakes admet que la cardialgie est un symptôme fréquent dans les affections nasales et Thompson ⁽⁵⁾ cite quelques cas de palpitations reconnaissant probablement pour cause unique une lésion de la muqueuse nasale.

Nous avons mentionné plus haut les observations de V. Stein, de Kupper, de Hack, de Fraenkel, etc., ainsi que l'observation de François-Franck qui put provoquer une notable accélération du pouls chez un individu nerveux par le simple attouchement de la muqueuse du cornet inférieur.

Diverses théories ont été émises pour expliquer la production de ces phénomènes réflexes.

⁽¹⁾ HEYMANN. — *Handbuch der Laryngologie et Rhinologie*, Wien, 1895, et 96.

⁽²⁾ GRADENIGO. — *In Revista de laryngologia, d'otologia, etc.*, 25, III, 1893.

⁽³⁾ SANSON. — « Irregular Leart, action », etc., *Brit. med. journ.* 17, XII, 1892.

⁽⁴⁾ WATSON. — *Brit. med. journ.*, 1895, p. 1097. Ref. in *Ann. des mal. de l'oreille, etc.*, 1896, p. 425.

⁽⁵⁾ THOMPSON. — *Cincinnati Lancet clin. Aug.*, 1890.

Hack considèrerait l'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieur et moyen, surtout à leur partie antérieure, et l'irritation des vaso-dilatateurs de ces régions, comme la cause des phénomènes observés ; selon lui, l'excitabilité réflexe dépendrait de l'état de réplétion du tissu caverneux nasal, qui deviendrait turgescent sous l'influence d'excitations les plus diverses. Il explique son cas de maladie de Basedow par une irritation périphérique des fibres du sympathique, irritation qui a une influence sur les vaso-dilatateurs des vaisseaux oculaires et qui produirait ainsi l'exophtalmie. Par le même mécanisme s'expliquerait la dilatation des artères coronaires.

Voltolini dit que les polypes peuvent amener des phénomènes réflexes soit par irritation de la muqueuse nasale, soit en gênant ou empêchant la respiration, d'où altération du chimisme respiratoire et du tissu pulmonaire ; cependant cette théorie ne saurait expliquer les réflexes cardiaques.

Pour B. Fraenkel, Scheffer et Scheimann ⁽¹⁾, il existe sur la muqueuse nasale hypertrophiée et sur le tissu érectile des cornets, des places d'excitation, points de départ des réflexes.

John N. Mackenzie rapporte tous ces phénomènes à l'augmentation de volume de la partie postérieure des cornets tandis que Baratoux ⁽²⁾, incrimine comme cause efficiente le tissu caverneux de la partie postérieure de la cloison.

Tous ces auteurs sont d'accord pour reconnaître que les nerfs sensibles jouent le principal rôle dans la production des actes réflexes, il n'y a que la localisation de la zone sensitive qui varie.

V. Stein s'écarte de cette manière de voir et il explique les troubles observés dans la région cardiaque sous l'influence des affections nasales par l'hypothèse suivante :

Il rend d'abord attentif sur le fait que par suite d'obstruction nasale, l'évaporation d'eau sur la surface des cornets (qui est normalement d'environ un demi-litre dans les vingt-quatre

(1) SCHEIMANN. — « Diagnose und Therapie der nasal. Reflexneurosen ». *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1889, nos 14, 15, 18, 19 et 21.

(2) BARATOUX. — *Comptes-rendus*, etc. *Ref. in Internat. centralbl. f. laryngol.*, etc., de SEMON, p. 569, 1886, II.

heures, d'après Aschenbrandt) ne se fait plus ou se fait très mal.

Ce manque d'évaporation d'une masse d'eau relativement considérable surcharge le système circulatoire et indirectement augmente le travail du cœur qui doit faire passer cette eau à travers les reins et débarrasser le sang d'une masse de liquide et peut-être de toxines qui y sont contenues.

A la longue ce surcroît de travail peut fort bien avoir une action néfaste sur le cœur, action qui se montre plus vite et d'une manière plus intense chez les individus nerveux. La respiration buccale ne saurait suppléer pour saturer d'eau l'air inspiré, car la muqueuse de la bouche et du pharynx est beaucoup plus pauvre en glandes muqueuses que celle des fosses nasales, et se trouve bientôt desséchée.

D'un autre côté, la muqueuse nasale hypertrophiée ne sécrète pas davantage d'eau, car les malades qui sont atteints de rhinite hypertrophique se plaignent généralement de sécheresse, et chaque fois qu'ils excitent artificiellement leur sécrétion nasale (tabac à priser, poudres excitantes, etc.), ils se sentent soulagés.

De plus, la rhinite hypertrophique crée une prédisposition à la transpiration, et facilite les refroidissements. Cette transpiration vicariante disparaît avec le rétablissement de la perméabilité nasale.

C'est aussi par le ralentissement de l'évaporation d'eau que l'on peut expliquer la production des phénomènes réflexes dans la rhinite atrophique (B. Fraenkel).

Enfin, si l'on ausculte des patients porteurs de cornets hypertrophiés, on perçoit les bruits du cœur mats, le pouls est faible, il y a de la dyspnée et du serrement précordial. Après cocaïnisation, les bruits sont tout de suite plus distincts et redeviennent voilés lorsque l'action de la cocaïne ne se fait plus sentir. Ce n'est qu'après des cautérisations répétées que l'on observe une amélioration de l'état général.

Le nez peut donc être considéré comme un organe périphérique important, exerçant une action tonique sur le système vasculaire général et sur le cœur en particulier.

Telle est l'explication donnée par V. Stein pour l'interpréta-

tion des réflexes observés du côté du cœur dans les affections nasales, principalement dans l'hypertrophie des cornets.

Cependant, malgré son ingéniosité, cette théorie ne saurait expliquer tous les cas. En effet, les réflexes cardiaques devraient se rencontrer chaque fois qu'il y a hypertrophie de la muqueuse ou sténose nasale, ce qui n'est pas le cas, même les malades doués d'un tempérament nerveux ne présentent pas tous ces manifestations réflexes, qui sont relativement rares, en comparaison de la fréquence de la rhinite hypertrophique.

On ne saurait non plus expliquer par cette théorie la production de palpitations dans les cas où l'on ne trouve comme lésion qu'un ou plusieurs petits polypes n'empêchant nullement la respiration nasale de se faire. Il faut alors admettre que le néoplasme subit par l'inspiration des mouvements de va et vient qui, en irritant la muqueuse avoisinante, font éclore les phénomènes réflexes.

La théorie de B. Fraenkel, Scheffer et de Scheinmann qui fait jouer le rôle principal aux fibres sensitives contenues dans la muqueuse hypertrophiée, nous paraîtrait plus rationnelle pour expliquer les phénomènes observés, bien qu'il n'ait pas été possible de faire naitre expérimentalement des palpitations, de l'angoisse précordiale, etc., par l'irritation mécanique des cornets, comme nous le verrons plus loin en parlant de nos recherches personnelles.

Aussi croyons-nous que V. Stein et Fliess ont été trop loin lorsqu'ils trouvent le premier, 9 % de réflexes cardiaques, et le second, 29 cas sur cent trente-deux malades examinés.

Nous ne connaissons pas de recherches faites dans le but de démontrer expérimentalement l'existence de ces réflexes cardiaques à la suite d'irritations intra-nasales. Il n'y a que l'observation de François-Franck relative à l'action produite par l'attouchement de la muqueuse nasale sur le pouls.

Dans le but de contribuer à l'étude de cette question encore si obscure, nous avons fait quelques expériences dont nous allons rapidement rapporter les résultats.

En premier lieu chez des individus atteints de lésions diverses de la muqueuse nasale, nous avons pris au moyen du sphymographe de Dudgeon, un premier tracé du pouls de la

radiale, les malades n'étant soumis à aucune intervention intra-nasale ; puis, le sphymographe restant en place, nous irritons la muqueuse des cornets de diverses manières (avec une sonde boutonnée, galvanocautérisations, insufflations de poudres médicamenteuses, etc.), soit sur toute son étendue, soit sur des régions limitées. Pendant ces irritations nous prenons un second tracé, la main du malade étant tenue immobile par un aide qui déclanchait en même temps le mécanisme de l'appareil enregistreur.

Enfin, pour avoir un point de comparaison, nous prenions des tracés de la même manière chez des malades dont la muqueuse nasale était normale, et qui venaient à la consultation pour d'autres affections.

Les tracés étaient généralement pris sur la radiale droite, le bras appuyé et légèrement fléchi.

Dans nombre de cas nous avons répété, à plusieurs reprises, ces expériences chez les mêmes malades pendant la durée de leur traitement et après leur guérison.

Il est évident que dans ces expériences on est obligé d'être discret, et de n'irriter la muqueuse nasale que dans des limites restreintes, les malades ne se soumettant pas volontiers à ces irritations qui provoquent presque toujours des réflexes désagréables et quelquefois de la douleur.

Ces recherches nous ont montré combien grande était la variabilité du pouls chez les divers individus et même chez la même personne, quand on laissait s'écouler un certain laps de temps entre deux tracés.

Cette variabilité s'explique par le fait que l'on place rarement le sphymographe deux fois exactement au même endroit, et que le pouls lui-même varie sous l'influence des diverses impressions éprouvées par le malade.

La tension artérielle ne peut guère être mesurée avec un appareil aussi élémentaire que le sphymographe de Dudgeon ; aussi n'en avons-nous pas tenu grand compte ; nous nous sommes surtout attachés à mesurer les variations de fréquence et de forme que le pouls subissait sous l'influence d'irritations intra-nasales.

Malheureusement, là, nous nous heurtons à une grande

difficulté, parce que l'analyse de la courbe sphymographique est encore bien incomplètement connue, et que l'on ignore comment il faut interpréter les différentes élévations secondaires que l'on y rencontre.

On admet aujourd'hui que l'élévation principale de la courbe correspond à la systole ventriculaire et à l'ondée sanguine qu'elle pousse dans le système artériel ; la première élévation que l'on rencontre sur la partie descendante de la courbe est considérée comme produite par le refluent du sang à partir des capillaires vers le cœur, mais sa position par rapport à l'élévation principale, ainsi que la cause qui l'a produit, les variations de sa force, etc., sont encore très discutées.

De plus, deux tracés pris chez le même malade à des artères différentes offrent de grandes dissemblances, sans qu'on puisse en trouver d'explication plausible.

Il est aussi très difficile d'apprécier l'importance des variations du pouls sous l'influence de l'émotion chez un malade pusillanime, etc. Bref, il y a là toute une série de modifications des caractères du pouls, dont les causes sont inconnues, et nous avons cherché à éviter des erreurs, soit en répétant les essais à plusieurs reprises chez le même malade, dans des séances différentes, soit en laissant le sphymographe à la même place avant et pendant l'irritation nasale, et en faisant tenir le bras immobile par un aide.

Nous avons examiné de la sorte quarante-trois malades, et chez la plupart nous avons pris les tracés à deux ou trois reprises, dans des séances plus ou moins rapprochées.

Sur ces quarante-trois malades, treize avaient une muqueuse nasale normale, ou du moins n'offrant aucune lésion macroscopique, tandis que chez les trente autres, la pituitaire était le siège de lésions pathologiques diverses, telles qu'hypertrophie, rhinite aiguë, ozène, déviation de la cloison, etc.

A. — Muqueuse nasale normale. — 1) Irritation des cornets inférieurs (14 cas). — Chez cinq malades nous avons noté une augmentation de fréquence du pouls ; chez les autres aucune modification de fréquence, et jamais de ralentissement du pouls.

Dans 10 cas le pouls a présenté quelques variations de forme, variations qui ont consisté principalement dans une diminution ou quelquefois dans l'augmentation du dicrotisme, ou enfin par l'apparition de légères élévations secondaires.

Par contre, nous n'avons pas noté de modifications dans la force des différentes pulsations.

Enfin, point important, chez aucun de nos malades nous n'avons pu provoquer de sensation d'oppression, de palpitations ou de points dans la région du cœur. Les irritations produisaient dans la majorité des cas du larmolement, des accès d'éternuement, de la rougeur de la face, chez quelques-uns de la douleur à l'endroit irrité, quelquefois même de la toux réflexe, mais jamais de la dyspnée.

Nous ne parlerons pas des modifications dans la tension artérielle, celle-ci étant trop difficile à apprécier avec l'appareil de Dudgeon.

2) *Irritation des cornets moyens* (2 cas.) — Ici encore rien de particulier à noter ; dans un cas il y eut augmentation de fréquence du pouls et modification de la forme (petit plateau remplaçant le dicrotisme), dans le second cas pas de changements. Il s'agissait dans le premier cas d'une jeune fille nerveuse, mais ne souffrant pas du côté du cœur.

B. — Muqueuse nasale pathologique. — 1) *Irritation des cornets inférieurs* (24 cas). — Dans la majorité des cas les cornets étaient hypertrophiés, c'est-à-dire atteints d'une lésion que Hack considérait comme jouant le rôle principal dans la production des réflexes.

La modification la plus souvent observée dans la courbe sphymographique, a été une augmentation de la fréquence du pouls (onze fois), tandis qu'une seule fois nous avons noté une diminution ; dix fois le pouls est resté sans changement de fréquence.

La forme du pouls n'a légèrement varié que six fois et la tension nous a paru augmentée dans 4 cas ; quinze fois aucun changement de forme n'a été observé.

Les augmentations de fréquence ont varié entre huit et vingt

pulsations par minute, mais dans aucun cas cette augmentation n'a donné lieu à une sensation subjective de palpitations ou d'oppression ; nous ne sommes pas arrivés à reproduire expérimentalement ce que l'on a désigné par névrose réflexe du cœur.

Disons en passant que nous avons aussi soin d'irriter, en même temps que les cornets, la partie de la cloison leur faisant face, car on attribue au contact de ces deux surfaces muqueuses la production des névroses réflexes.

Malgré cela nous n'avons rien pu provoquer de particulier du côté des organes de la circulation.

2) *Irritation des cornets moyens (9 cas).* — La muqueuse était souvent hypertrophiée et avait un aspect polypoïde ; souvent elle entraînait en contact avec la cloison.

Six fois il est résulté de nos irritations une augmentation de fréquence, et quatre fois un changement dans la forme du pouls ; mais nous ne pouvons que répéter ce que nous disions de l'irritation des autres cornets normaux ou pathologiques : dans aucun cas nous ne sommes parvenus à produire expérimentalement une sensation d'oppression ou d'angoisse précordiale semblable à celle décrite par les auteurs dont nous avons cité les noms plus haut.

Nos recherches nous ont donc donné un résultat négatif, mais un fait cependant reste acquis, c'est que l'irritation de la muqueuse nasale, qu'elle soit normale ou le siège d'une inflammation, provoque dans la majorité des cas une augmentation du nombre des pulsations ; mais cette augmentation n'est généralement pas ressentie par le malade lui-même, et ne donne pas lieu chez lui à des sensations subjectives particulières.

Nous ne nions cependant pas que chez des malades nerveux, prédisposés et peut-être atteints de lésions cardiaques, il ne puisse se produire de ces palpitations sous l'influence d'irritations intra-nasales, mais il est certain que ces cas sont très rares et il faut, pour qu'ils se produisent, le concours de diverses circonstances favorables à leur éclosion, circonstances qui se trouvent bien rarement réunies chez le même individu.

Il est probable que les nerfs de la muqueuse nasale jouent

le même rôle que les nerfs sensibles en général, et que les modifications que nous avons pu constater sur le pouls de nos malades se seraient produites également si, au lieu de la muqueuse nasale, nous avions excité les nerfs sensibles d'une région quelconque, en tenant compte, bien entendu, de la plus grande sensibilité des nerfs de la pituitaire, surtout si celle-ci est déjà le siège d'une phlegmasie ou d'une altération pathologique qui lui confère une sensibilité plus accentuée.

Quant aux résultats obtenus en examinant le pouls dans les cas d'interventions thérapeutiques intra-nasales (telles qu'insufflations, lavages, cautérisations, etc.), ils sont les mêmes que ceux produits par l'irritation directe de la muqueuse avec la sonde, c'est-à-dire n'offrent rien de typique du côté du cœur.

CONCLUSIONS

1) Au point de vue des rapports qui existent entre la muqueuse nasale et l'innervation du cœur, nos recherches nous permettent de dire qu'il n'y en existe pas de particuliers entre ces deux organes.

2) Les phénomènes réflexes observés par quelques auteurs dans la région cardiaque, à la suite de lésions intra-nasales, ne l'ont été que chez des individus prédisposés, en possession d'une tare nerveuse les rendant plus aptes à réagir sous l'influence d'une irritation d'un nerf sensitif quelconque.

3) Les nerfs sensitifs de la muqueuse nasale qui forment dans ces cas le point de départ du réflexe (trijumeau), ne possèdent aucune spécificité, quant à l'action que produit leur irritation sur le cœur.

4) Le trijumeau, dans les cas de réflexes observés, ne joue pas d'autre rôle que celui de tout nerf sensible ou sensoriel soumis à une irritation quelconque, en tenant compte, bien entendu, de sa sensibilité plus développée et de l'organe dans lequel il s'épanouit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 18 juillet 1897.

Compte-rendu par le Dr O. LAURENT

BAYER, *Président* : GELLÉ, GOUGUENHEIM, GAUDIER, LUBET-BARRON, MARTIN, NOQUET, assistent à la séance.

1. EEMAN. — **Carcinome kératinisant du larynx.** — Présentation du malade atteint d'un carcinome kératinisant de la corde vocale inférieure gauche; il avait été opéré plusieurs fois par la voie buccale et toujours la récidive avait lieu. Eeman pratique la thyrotomie après trachéotomie primitive, excise le néoplasme et cautérise la région au thermo-cautère. Au moment où le malade fut présenté pour la première fois à Anvers, la voix était satisfaisante et la région opératoire cicatrisée. L'opération date actuellement de quatre ans et les caractères de la voix sont bons. Une tumeur secondaire dure, du volume d'un marron, s'est développée dans la cicatrice cutanée. L'apparition de celle-ci, après la guérison du larynx, maintenue pendant trois ans et demi, est assez étrange; elle n'est pas, en tout cas, déterminée par l'infection opératoire; elle provient peut-être d'un ganglion enfermé dans la cicatrice et resté latent.

2. EEMAN. — **Fibrome sarcomatode du larynx.** — Homme de 23 ans, souffrant de la gorge. A l'examen laryngoscopique, on aperçoit une tumeur volumineuse remplissant le larynx, laissant voir la partie postérieure de l'épiglotte, rouge sombre, tellement enserrée qu'il est impossible d'en déterminer la localisation, et légèrement ulcérée. Il s'agit probablement d'un fibro-sarcome. Crico-trachéotomie; la tumeur est enlevée à l'anse galvanique quelques jours après, en plusieurs séances. Elle part du ligament ary-épiglottique droit et de la face postérieure de l'aryténoïde. Quelques jours après l'opération, dégonflement; cicatrisation rapide. Dès les premiers jours, la corde vocale droite est très mobile. Il s'agit d'un fibrome. Nous le qualifierons de

fibrome sarcomatode, parce qu'il renferme de nombreux flocs d'éléments conjonctifs jeunes qui ne peuvent être différenciés de la pullulation sarcomateuse.

3. EEMAN montre ensuite une pièce relative à la **trépanation mastoïdienne**. Le sinus latéral a été mis à découvert après quelques coups de gouge en trois points. C'est que la paroi osseuse le séparant de la face postérieure du conduit auditif n'avait tout au plus que 3 millimètres d'épaisseur, d'où l'impossibilité d'achever l'opération. Le malade succomba à un abcès du cerveau. Ce fait démontre, une fois de plus, la nécessité d'opérer prudemment et couche par couche.

4. GOUGUENHEIM. — **Cas de lupus du larynx** (publié in extenso dans les *Annales*, Août 1897).

5. HIGUET. — **Cas de lupus traités par les rayons Röntgen**. — Les malades présentés sont atteints de lupus du nez. Dans le premier il s'agissait d'une ulcération lupeuse du rebord naso-labial droit étendue jusqu'au niveau de la cloison. La cicatrisation fut rapidement obtenue, grâce aux rayons Röntgen. L'inoculation d'un fragment est demeurée négative. Ce fut le seul traitement appliqué. Les séances, répétées chaque jour pendant un mois, étaient de cinq minutes, la distance à l'ampoule de 10 à 15 centimètres; ces séances sont actuellement plus espacées. Chaque fois l'ulcère se déterge. La méthode détermine, chacun le sait, de l'érythème, et a une puissance destructive assez accusée. Le second malade présente des conditions analogues.

6. GORIS. — **Note complémentaire sur l'opération de la sinusite maxillaire**. — Présentation de malades à diverses périodes de cicatrisation.

J'aurais désiré vous présenter un cas opéré avant-hier afin de vous montrer la largeur de l'ouverture pratiquée. Cela pour répondre à une première objection, car on a dit le traitement insuffisant. L'alvéole avait été perforée et la paroi antérieure du sinus réséquée, mais la récurrence s'était produite. Les trois malade que voici ont été opérées deux fois. C'est qu'il est indispensable de pratiquer une large ouverture. Au lieu de détacher le périoste et de le conserver, on le soulève et on l'excise avec l'os afin d'éviter toute régénération osseuse. Le tamponnement doit être prolongé pendant trois mois environ, après quoi, le malade

s'introduit dans le sinus, et trois à quatre fois par jour, l'index désinfecté afin d'empêcher la brèche de se fermer. J'ai opéré une vingtaine de sinus. Dans le cas en question, les cavités étaient remplies de masses polypeuses se détachant facilement. Les malades sont soumis à une observation prolongée, et la guérison n'est parfois obtenue qu'en deux ans. La simple perforation alvéolaire doit être condamnée; il faut réséquer la paroi osseuse avec le périoste. En ce qui concerne l'état général, on sait que ces malades sont amaigris, et présentent l'aspect tuberculeux. L'un d'eux a gagné 3 kilogrammes et demi depuis l'opération.

7. GORIS. — Note sur l'opération curative de la sinusite frontale.

— Goris présente une femme souffrant depuis trois ans de sinusite frontale. Elle avait été opérée d'un polype nasal à l'âge de 19 ans. Une tumeur s'est développée au niveau du sinus. Incision de la peau frontale, résection de la paroi antérieure; l'infundibulum était obstrué, un trajet correspondant est creusé au burin. Tamponnement de la cavité au moyen d'une bandelette de gaze sortant par la plaie frontale et par le nez. Guérison; les douleurs ont complètement disparu. Goris a opéré également un homme présentant des symptômes analogues, et se plaignant de vives douleurs; il existait une fistule. La paroi antérieure du sinus fut réséquée et un foyer de carie fut trouvé dans l'angle externe de la plaie. Au quatrième jour, 40°, vomissements, convulsions, dilatation des pupilles, perte de sensibilité. Goris pratique une trépanation au voisinage de la région opératoire primitive et met largement la dure-mère à nu. Un abcès existait entre celle-ci et le crâne. Le malade reprend connaissance le lendemain, mais deux jours après les convulsions apparaissent et il meurt.

8. GORIS. — Thyrotomie pour tuberculose du larynx. — Présentation de deux malades. Goris a pratiqué deux fois la thyrotomie chez des personnes atteintes de tuberculose laryngée débutante. Trachéotomie préalable. Le foyer tuberculeux est cureté et cautérisé. Chez le premier malade, la voix est devenue plus claire; chez le second, une corde vocale étant lésée, la voix est demeurée rauque. Immédiatement retour de l'appétit, augmentation de poids; les bacilles reparaissent deux mois après. Cette opération est bien bénigne et ne compromet pas la voix si on laisse la corde intacte.

9. ROUSSEAUX. — **Embout métallique destiné à faciliter le cathétérisme de la trompe.** — Présentation de l'instrument.

On se sert généralement, pour cathétériser la trompe, d'un embout en caoutchouc durci, s'adaptant plus ou moins bien au pavillon de la sonde. Or, pendant l'injection d'air ou de vaseline liquide, cet embout, par suite de la vis à tergo, a une tendance continuelle à se détacher. De là une déperdition d'air et l'impossibilité de graduer la pression que l'on cherche à obtenir dans la trompe ou dans la caisse. S'il s'agit d'une injection de vaseline, celle-ci est, en partie, projetée sur le malade ou le médecin dont la préoccupation constante est de bien maintenir le tout en place. Nous obvions à ces inconvénients par l'emploi d'un embout métallique muni d'un piston glissant dans une rainure du pavillon du cathéter. Nous nous en servons exclusivement depuis trois ans.

10. SCHLEICHER. — **Modification au masseur de Delstanche.** — Présentation de l'instrument. Il est utile d'appliquer aux instruments destinés à la raréfaction et la condensation de l'air du conduit auditif un petit tube, en métal ou en caoutchouc durci, dont un bout s'adapte au réservoir d'air et dont l'autre est formé d'un disque en caoutchouc mince. Les mouvements de cette membrane mettent à même le médecin de pratiquer le massage sans spéculum et le malade de contrôler la mise en place de l'embout auriculaire. Certains sujets ne perçoivent pas les déplacements du tympan ; ils ne peuvent se rendre compte de sa situation ni répondre aux questions du praticien. Ce disque a l'étendue du tympan et ne doit pas être surtendu.

11. CAPART. — **Fragment osseux expulsé de la bronche gauche.** — Ce fragment, resté en place pendant trois ans, a été expulsé dans un accès de toux. Le sujet est en bon état de santé.

12. GELLÉ. — **Masseur de Delstanche modifié.** — Cette modification permet l'aspiration du tympan préalable au massage.

13. CHEVAL et ROUSSEAUX. — **Des premiers signes de la tuberculose du larynx.** — L'objet de cette communication sera l'étude de la première période de la tuberculose du larynx dont l'importance est si grande, tant au point de vue des intérêts sociaux qu'au point de vue du mode de traitement à instituer. En effet, n'est-ce pas à cette période de la maladie que nous sommes le plus

souvent consultés à l'occasion d'un mariage à contracter ou à rompre, n'est-ce pas également alors que nous devons donner un avis au sujet d'une cure dans l'une ou l'autre station climatique dont l'action, parfois étonnante, n'est plus mise en doute par personne ?

Il est donc de toute nécessité que nous puissions poser un diagnostic précoce et précis.

La tuberculose du larynx peut être primitive ou secondaire, c'est-à-dire consécutive à la tuberculose d'un autre organe. Celui qui infecte le plus habituellement le larynx est l'appareil pulmonaire. Comme nous le verrons dans le protocole des autopsies que nous rapportons, c'est à cette forme secondaire qu'elles peuvent se rattacher. L'anatomie pathologique des premières manifestations de la tuberculose laryngée se fera sur le vivant à l'aide du laryngoscope, car à moins d'un accident autre que celui que nous étudions, nous aurons très rarement l'occasion d'examiner ces lésions anatomiques sur la table de l'amphithéâtre.

On divise habituellement l'affection en trois périodes : L'infiltration grise, l'ulcération et la destruction.

Nous la divisons en quatre stades et nous y ajoutons le stade prémonitoire que nous avons eu souvent l'occasion d'observer ; nous ne publions que quelques observations typiques.

Nous avons donc :

Un stade prémonitoire ; puis viennent : La première période (apparition de tubercules gris) ; la deuxième période (ulcérations) ; la troisième et dernière période, qui se caractérise par la supuration des vastes ulcérations laryngées, la chondrite, la nécrose, l'élimination des séquestres, bref, ces malformations du larynx qui n'est souvent représenté que par un vaste chou-fleur suppurant.

Stade prémonitoire. — Il peut passer inaperçu, mais c'est à cette période que la sagacité du médecin aura le mieux l'occasion de s'exercer.

La durée de ce stade varie de dix à quinze jours (tuberculose aiguë) à plusieurs années. Dans le premier cas, il se caractérise par les phénomènes généraux accompagnant toute infection aiguë qui ont été désignés par un seul mot : ce sont alors des symptômes typhiques. A part un peu d'enrouement qui manque même souvent et une légère toux sèche, rien n'appelle l'attention du côté du larynx.

Dans les cas les plus ordinaires, le stade prémonitoire lent peut revêtir deux formes :

a) La forme catarrhale ;

b) La forme anémique ;

Dans la forme catarrhale, nous avons des laryngites rebelles, à répétition, rarement généralisées à l'ensemble de la muqueuse du larynx, le plus souvent localisées à une seule corde vocale. Cette forme apparaît surtout chez les professionnels de la voix, chez les alcooliques ou les fumeurs. Elle se caractérise, comme la plupart des laryngites chroniques, par de la sécheresse de la gorge, une toux peut-être plus sèche, un enrrouement plus persistant. Rien donc de particulièrement saillant, si ce n'est la fréquence et la répétition des poussées congestives, le caractère absolument rebelle de cette forme de l'affection qui résiste à tous les traitements. On a cru que les laryngites de l'espèce devaient toujours se terminer par des tuberculoses laryngées primitives ; on a eu tort (Obs. I).

La forme anémique se montre le plus souvent chez des jeunes filles à la menstruation nulle ou difficilement établie.

Elle se caractérise par des aphonies intermittentes et plus ou moins persistantes. La toux est rare ou, si elle existe, elle est petite, sèche. L'état général du malade est affaibli, la respiration courte, superficielle. Au laryngoscope, on trouve les cordes vocales pâles, ayant perdu de leur tonicité, flasques, laissant entre elles un intervalle ellipsoïdal (parésie du thyro-aryténoïdien interne). Beaucoup de ces parésies sont mises sur le compte de l'hystérie.

Dans cette seconde forme, comme dans la première, c'est le caractère rebelle de cette affection, qui résiste aux traitements les plus énergiques, qui doit retenir l'attention, surtout si, du côté du voile du palais, nous voyons l'anémie pathognomonique.

Y a-t-il alors une altération du parenchyme pulmonaire ?

C'est très probable, mais dans bien des cas, l'examen le plus minutieux de l'arbre aérien dans toute son étendue ne permet parfois de ne constater encore aucun signe positif.

Nous y trouverons des bronchites plus ou moins localisées, ou bien même rien du tout.

Certes, l'analyse microbiologique de l'expectoration permettra un diagnostic précis de tuberculose, mais à elle seule, elle ne pourra indiquer exactement l'origine du foyer, car l'expectoration du mucus laryngé peut s'accompagner d'expectoration broncho-pulmonaire. L'analyse microbiologique seule ne peut donc dire s'il y a tuberculose laryngée primitive ou secondaire. (Protocole de trois observations).

Première période : Infiltration grise. — Après une persistance plus ou moins longue des troubles que nous venons d'exposer, le patient nous revient ; l'aspect du larynx a changé, on y aperçoit de petites élevures ou plutôt de petites taches grisâtres, situées un peu partout, mais le plus habituellement au niveau de la commissure postérieure du larynx. Cette infiltration plus ou moins circonscrite ou plus ou moins étendue s'accompagne souvent d'un catarrhe concomitant du larynx.

Les signes de cette période nous sont à tous suffisamment connus, pour que nous nous bornions au résumé des protocoles des autopsies les plus intéressantes que nous avons faites :

Obs. VI. — H..., 51 ans.

Poumon droit : fortement diminué de volume. La cavité pleurale droite renferme environ 300 grammes de sérosité louche. Le poumon est libre d'adhérences, sauf au niveau du sommet et à la face diaphragmatique. Le feuillet viscéral est recouvert d'un peu d'exsudat fibrino-purulent ; il est fortement épaissi. Le lobe supérieur est occupé par une série de cavernes à parois anfractueuses, séparées l'une de l'autre par un tissu fibreux induré et marqué d'anthracose.

Le lobe inférieur présente des tubercules à tous les degrés d'évolution. La paroi des bronches est épaissie, les ganglions bronchiques sont tuméfiés et anthracosés.

Poumon gauche. — Environ 300 grammes de liquide dans la plèvre. Bride d'adhérence au sommet. Le lobe supérieur est congestionné, œdématié, renfermant des granulations tuberculeuses disséminées ; au voisinage du bord postérieur existe une petite caverne du volume d'une bille. Le lobe inférieur est également congestionné et œdématié, renfermant aussi de nombreuses granulations tuberculeuses ayant déterminé par places une réaction broncho-pneumonique assez intense.

Larynx. — L'épiglotte anémiée présente à sa face inférieure gauche quelques petites érosions de la grandeur d'une tête d'épingle. Du même côté, la bande ventriculaire présente dans son tiers postérieur une ulcération superficielle de 3 millimètres de diamètre. La corde vocale est atrophiée et comme disséquée par une ulcération superficielle ; sa partie musculaire est mise à nu dans toute son étendue. A la commissure antérieure on voit même le tendon du muscle de la corde vocale. Au niveau de l'apophyse vocale, la partie musculaire de la corde vocale se divise, pour donner lieu à deux ulcérations en forme de cratère à bords déchiquetés et à fond grisâtre.

Ces ulcérations sont superposées et séparées par une petite travée fibro-musculaire. Le côté droit du larynx est très peu atteint.

Or, nous venons de voir que pour le poumon le maximum de lésion siégeait à droite. Il y a donc eu ici des phénomènes croisés.

Des coupes histologiques du tiers postérieur de la corde vocale gauche ont donné le résultat suivant :

La couche muqueuse, tapissée d'un épithélium pavimenteux, est généralement hypertrophiée ; à certains endroits, cette hypertrophie est considérable. Sous la couche muqueuse, il existe un stroma de tissu conjonctif peu dense, au milieu duquel on constate par places des amas d'éléments glandulaires en voie de prolifération. Ils sont constitués par des tubuli plus ou moins nombreux, limités par une membrane conjonctive. Ils sont tapissés d'un épithélium cylindrique normal, mais numériquement hyperplasié ; la lumière du canal glandulaire est conservée et remplie d'une substance granulo-hyaline se colorant mal par l'hématoxyline. La prolifération des acini se dirige vers la profondeur jusqu'au plan musculaire, dont les fibres ne présentent rien d'anormal. Entre les faisceaux musculaires, on constate l'existence de petites hémorragies circonscrites.

On ne constate point de dégénérescence ni de transformation régressive.

Par-ci par-là, dans le tissu conjonctif se montrent quelques éléments jeunes, disséminés au milieu des fibres du stroma.

Comme nous le voyons, pas de traces de cellules géantes, ni de jeunes cellules indiquant l'origine tuberculeuse de l'affection ou un travail inflammatoire quelconque.

Nous ne faisons pas ici une étude didactique de la laryngite tuberculeuse et nous nous bornerons à donner quelques mots du traitement.

Comme nous le disions en débutant, c'est à cette période de la maladie qu'une cure d'altitude constituera le traitement de choix :

Soustraire le larynx malade aux irritations continues que produit l'aspiration d'un air septique, semble être suffisant pour permettre à la nature de résister victorieusement à l'infection.

Mais hélas ! tous les tuberculeux ne peuvent se déplacer : il ne faudra pas négliger le traitement général dans tous les cas où nous reconnaitrons le caractère rebelle des affections laryngées. Une surveillance sévère de ces cas s'impose ; réserver le mot « guérison » et attendre, avant de le prononcer, un laps de temps parfois très long.

Devons-nous borner à cela notre intervention ?

Localement, n'y a-t-il rien à faire ?

Localement, nous suivrons, dans une tuberculose du larynx, la même ligne de conduite que dans une tuberculose osseuse. Nous enlèverons avec la curette les foyers tuberculeux au début. Ce curetage à fond, suivi de cautérisations énergiques à l'acide lactique, pourra nous donner des guérisons.

Même dans les cas où la laryngite tuberculeuse serait secondaire, la suppression d'un des foyers d'infection serait certes utile au patient.

Mais le laryngoscope n'est pas toujours suffisant et malgré les nombreux services qu'il nous rend à chaque instant, il n'est pas parfait : certaines lésions apparaissent mal, d'autres, les lésions de la région sous-glottique, lui échappent : il y aurait lieu alors de recourir à la thyrotomie comme premier temps d'un curetage du larynx. Gouguenheim essaie le procédé dans la tuberculose laryngée, Goris vient de restreindre ses indications à la tuberculose primitive au début. Il a publié deux cas qui sont deux succès opératoires. Seront-ils deux succès définitifs ? Pas plus que l'auteur, nous ne nous prononçons et nous souhaitons que l'expérience vienne confirmer les espérances conçues. Si la thyrotomie est une opération insuffisante dans le cas de cancer du larynx, au début de la tuberculose, elle peut rendre des services et permettre une cure radicale. Nous sommes donc plutôt disposés à appuyer les conclusions de Goris qu'à les combattre, avec cette réserve toutefois que deux cas ne suffisent pas pour former une conviction absolue.

EEMAN est d'avis qu'une étude des lésions primitives du larynx devrait être basée sur une série de cas n'offrant pas les symptômes cliniques de la tuberculose laryngée.

ROUSSEAU. — Il est évident que le diagnostic précoce est des plus importants au point de vue social et thérapeutique.

CHEVAL. — Nous avons pratiqué de nombreux examens sans les signaler dans notre rapport, qui ne comprend que des cas à lésions peu étendues.

14. NOQUET. — **Un cas de polype saignant de la cloison des fosses nasales.** — Elles ont été récemment décrites sous le nom de tumeurs sanguines, polypes vasculaires, saignants, hémorrhagiques de la cloison, et observées par Lange, Schadowald, Heymann, etc. Elles sont rares. Leur volume varie de celui d'une

lentille à celui d'une noisette ; elles sont de nature bénigne et de constitution histologique variée : elles sont très vasculaires et le stroma est celluleux, fibreux, même fibro-cartilagineux. Biehl et Alexander préconisent la dénomination : polype hémorragique de la cloison. Mais l'angiome pur ne peut être rangé parmi ces productions, car il est sessile, rouge foncé, présente des battements isochromes au poulx et, d'après Lermoyez, saigne abondamment. Au contraire, les autres néoplasmes ont une teinte grisâtre ou rosée, ne sont pas pulsatiles ; elles sont ordinairement pédiculées. Si elles saignent facilement, les hémorragies sont moins abondantes. Elles s'insèrent sur la lame cartilagineuse de la cloison, souvent un peu au-dessus et en arrière de l'épine nasale antéro-inférieure, c'est-à-dire, en une région très vasculaire, à la terminaison de la sphéno-palatine et de ses anastomoses. Leur évolution est rapide, et, d'après Schadowald, pour ainsi dire explosive. On les rencontre surtout chez les femmes. Egger a communiqué à la Société française d'otologie et de laryngologie un cas observé chez une femme de 71 ans ; la tumeur avait eu pour origine une série d'hémorragies interstitielles spontanées, qui avaient déterminé la naissance de vaisseaux de nouvelles formations ; la structure et le mode de formation distinguaient cette production de l'angiome. J'arrive à la description du second cas que j'ai observé.

Homme de 42 ans, exempt de tare diathésique, se plaint depuis quinze jours d'obstruction de la fosse nasale gauche et de gêne respiratoire. Auparavant les fosses nasales étaient libres. Je trouve une tumeur lisse, blanc grisâtre, du volume d'une petite cerise ; à sa surface quelques caillots. Elle est molle et présente des battements isochromes au poulx. Le pédicule, court et mince, s'implante sur la lame cartilagineuse de la cloison, à 3 millimètres de son bord antérieur et du plancher. Rien d'anormal du côté droit et dans le cavum ; pas d'adénite sous-maxillaire. Comme elle n'a pas les caractères de l'angiome pur et que le pédicule est simple, j'en fais l'ablation à l'anse froide. L'électrolyse est douloureuse et n'est indispensable que dans les cas d'angiome pur et l'anse galvanique ne met guère plus à l'abri de l'hémorragie. Après cocaïnisation, la tumeur fut facilement enlevée et l'hémorragie fut insignifiante ; iodol, pas de tamponnement ; pulvérisations au phéno-salyl et onctions à la vaseline boriquée et mentholée. L'épistaxis ne s'est pas reproduite. Comme vous le voyez, la tumeur, conservée dans l'alcool, présente encore à sa surface des taches rouges assez étendues. Son point d'im-

plantation, son aspect, son développement rapide et les hémorragies qu'elle présentait la rendent comparable aux autres tumeurs décrites. Enfin elle offre ce caractère exceptionnel de s'être développée chez un homme.

15. RUTTEN. — **Polype du larynx.** — J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur du larynx, que j'ai enlevée à l'aide de l'anse galvanique. Elle a le volume d'une noisette et se compose de deux parties. Elle était insérée, par un pédicule, sur la commissure antérieure. La respiration était gênée et la voix rauque. Déglutition normale, pas de douleur. Absence de signes syphilitiques. Le sujet avait 64 ans et avait perçu les premières manifestations du mal il y a cinq ans. Il s'agit probablement d'un myxo-fibrome. Détail intéressant : lorsque l'on examinait le larynx (après l'opération), pendant la respiration normale, on voyait un seul pédicule à la commissure, tandis qu'à l'inspiration profonde on apercevait deux pédicules se portant dans la direction des deux cordes vocales en forme d'accent circonflexe.

16. HENNERBERT (rapporteur). — **La syphilis de l'oreille. Manifestations auriculaires de la syphilis acquise.** — La syphilis atteint exceptionnellement l'oreille, mais elle y est fréquemment méconnue ; la plupart des cas ne sont pas signalés ; puis, beaucoup d'états morbides de la caisse du tympan et des annexes ne sont pas reconnus comme tels, aucun signe spécifique ne permettant de les rattacher à la cause. La syphilis peut frapper les diverses parties de l'oreille.

A. *Oreille externe.* — Elle est rarement atteinte. Sur vingt-huit mille malades de l'oreille, Rupp signale vingt-et-une fois les lésions de l'oreille externe. Sur douze cents syphilitiques, Deprès a observé 5 cas de condylomes du conduit, et Bruckel, sur un total de quatre mille syphilitiques, n'a eu à traiter que trente fois des manifestations spécifiques du pavillon ou du conduit. La littérature ne renferme que 4 cas de chancre primaire de l'oreille. Dans le service de l'hôpital Saint-Jean, nous n'avons rencontré qu'une seule fois des syphilides ulcéro-croûteuses de la face externe du pavillon. La lésion la plus fréquente du conduit auditif est le condylome ; il est parfois confluent, guérit avec ou sans cicatrice et peut déterminer le rétrécissement du conduit. Les observations de gommès du conduit sont également rares.

B. *Oreille moyenne.* — Les lésions dépendent presque toujours

des lésions de voisinage et se traduisent le plus souvent par un état catarrhal de la caisse causé par une affection spécifique du naso-pharynx. Le pronostic de l'otite catarrhale doit être réservé, soit parce que les lésions causales s'opposent plus ou moins aux manœuvres thérapeutiques, soit parce qu'elles laissent à leur suite des altérations anatomiques empêchant définitivement le rétablissement de l'équilibre tubo-tympanique (symphyse staplo-pharyngée, stricture tubaire). La syphilis peut déterminer une périostite ou une ostéite mastoïdienne avec formation de séquestres. L'auteur montre une pièce anatomique provenant d'une femme : l'antre est très réduit en volume et entouré d'une zone de tissu compact disposée en travées radiées le séparant du système cavitairé.

C. *Oreille interne.* — Elles paraissent les plus fréquentes. Mais leur étude est entourée d'obscurité parce que la physiologie de l'oreille interne n'est pas élucidée, que l'anatomie pathologique est pauvre en documents et qu'on a trop souvent confondu les troubles fonctionnels avec les manifestations purement anatomopathologique. Les troubles accompagnant l'éruption (bourdonnements, diminution de l'acuité auditive) sont d'ordre toxique et disparaissent rapidement.

Labyrinthite syphilitique. — Nous distinguons : a) la forme lente, chronique ou progressive ; b) la forme brusque, apoplectiforme ; c) la labyrinthite spécifique chronique, qui offre de grandes analogies cliniques avec la sclérose progressive (otite sèche) avec laquelle elle est fréquemment confondue. Elle s'en distingue par une évolution plus rapide et fatale vers la surdité absolue. Son début est insidieux. Elle est d'origine tertiaire. Les vertiges sont rares et se bornent à des sensations subjectives de déséquilibre. Le symptôme de Brach-Romberg existe le plus souvent.

b) *La labyrinthite spécifique apoplectiforme* donne lieu au syndrome de Ménière : surdité très rapide (en quelques jours), ou subite, le plus souvent absolue, nausées et vomissements, troubles profonds de l'équilibration allant jusqu'à la chute, pas de perte de connaissance. En outre, assez fréquemment parésie ou paralysie faciale ou unilatérale.

L'affection est généralement bilatérale ; les deux oreilles sont atteintes consécutivement en un court espace de temps. Elle éclate, dans la majorité des cas, au cours de la période secondaire dont elle constitue parfois un symptôme très précoce (cas de Politzer et de Charazac).

Les vertiges et la titubation atteignent leur maximum d'inten-

sité dès le début et s'amendent progressivement ; ils traduisent une altération brusque et profonde de l'organe périphérique de l'équilibre ; peu à peu les sensations visuelles, tactiles et musculaires suppléent à l'absence de renseignements statiques fournis par l'appareil ampullaire ; à ce moment, les phénomènes de déséquilibration n'apparaissent plus si, par l'occlusion des yeux, on supprime l'une de ces voies de suppléance (expérience de Brach-Romberg), tandis que dans la labyrinthite chronique, l'altération ampullaire se développe lentement et permet à la suppléance de s'établir progressivement sans troubles apparents de l'équilibre. Les nausées et les vomissements du début se font presque toujours rapidement ; ils indiquent une irritation réflexe qui, du noyau de l'acoustique interne, s'irradie aux noyaux voisins du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique.

Le pronostic est défavorable ; le plus souvent la surdité est définitive ; dans quelques cas traités au début on a pu obtenir la guérison ou une certaine amélioration.

En ce qui concerne le traitement, les injections hypodermiques de pilocarpine, associées au traitement spécifique, semblent rallier la majorité des suffrages.

17. BRÉEKAERT (rapporteur). — La syphilis héréditaire de l'oreille. — Les troubles de l'ouïe, dans la syphilis héréditaire, n'ont pas été connus depuis bien longtemps. Vidal fut le premier qui signala l'influence du mal vénérien sur l'appareil auditif. Tout l'honneur en revient cependant à Hutchinson, qui démontra que chez certains sujets, il n'était pas rare de rencontrer des inflammations oculaires, des troubles auditifs et une constitution vicieuse du système dentaire, tous symptômes reconnaissant d'une façon indéniable l'influence d'une cause identique, de la syphilis héréditaire.

Cet ensemble de symptômes, désigné sous le nom de *triade d'Hutchinson*, est d'observation assez commune.

A quel âge de la vie se manifestent les troubles de l'ouïe, qui dérivent d'une influence hérédosyphilitique ?

Avec Fournier nous pouvons répondre que ces accidents peuvent se produire à tout âge, bien que nous ne possédions aucun fait irrécusable de syphilis héréditaire développant ses manifestations dans l'âge adulte ou la vieillesse.

Indépendamment des lésions spécifiques qui se retrouvent déjà pendant le cours de la vie intra-utérine, les syphiligraphes ont décrit une syphilis héréditaire précoce, par opposition à la

syphilis héréditaire tardive. Cette dernière comprend l'ensemble des manifestations héredo-syphilitiques qui se produisent au-delà des deux ou trois premières années de la vie, après cet âge où s'observent usuellement les accidents héréditaires de la syphilis et notamment les affections spécifiques de l'oreille externe ou moyenne. Remarquons que les troubles auditifs de cette dernière période peuvent avoir été précédés ou non, à un âge moins avancé de la vie, d'autres accidents de même origine. D'après Hinton, la surdité héredo-syphilitique, propre à la période tardive, surviendrait d'ordinaire vers l'âge de 8 à 10 ans. Habermann a vu un cas où la surdité n'apparut que vers l'âge de 28 ans.

Au point de vue de leur pathogénie, nous pouvons ranger les troubles de l'ouïe, dans la syphilis héréditaire comme dans la syphilis acquise, sous deux chefs, et les diviser en accidents secondaires ou symptomatiques, c'est-à-dire qui succèdent à des lésions de voisinage, et en accidents primitifs, qui sont de loin les plus importants. Les accidents spécifiques peuvent atteindre les divers organes de l'appareil auditif.

Oreille externe. — La syphilis héréditaire peut porter ses manifestations secondaires aussi bien sur le pavillon et le conduit que sur le reste de l'enveloppe cutanée.

Diverses formes de syphilides ont été rencontrées. Elles se présentent habituellement sous forme de petites élevures, lisses au début, mais qui, par suite des progrès de l'inflammation, se recouvrent de squames épidermiques. Souvent aussi l'épiderme se détache et se mêle au liquide exsudé, constituant ainsi des ulcérations à fond sale, assez superficielles. Le conduit offre alors à l'examen une foule de petites tumeurs, à surface exulcérée, et qui peuvent même amener l'occlusion complète du canal.

A côté de cette forme papulo-squameuse, les auteurs signalent des syphilides papulo-pustuleuses et même bulleuses. Quelquefois ces syphilides se distinguent par la profondeur et la tendance extensive de l'ulcération, à tel point que le pronostic en devient très sérieux : c'est une forme redoutable qu'on observe assez fréquemment dans la première semaine après la naissance.

Oreille moyenne. — La cavité de l'oreille moyenne subirait fréquemment l'influence de la syphilis même héréditaire. On comprend sans peine que les accidents gutturaux et pharyngés qui dérivent de la syphilis héréditaire, que le coryza des nour-

rissons, peuvent exercer sur l'oreille une réaction qui sera ici ce qu'elle est dans tous les cas de même genre, et sur les conséquences de laquelle je crois inutile d'insister. Mais à côté de ces troubles que j'appellerai symptomatiques, on en admet d'autres qui constituent des manifestations directes ou primitives de la maladie.

D'après Fournier, l'otite moyenne suppurative, liée à la syphilis et affectant en général de tout jeunes enfants, se caractériserait par une explosion indolente et subite. Il va de soi que cette otorrhée peut déterminer diverses complications, telles que lésions des parois osseuses, carie et nécrose du rocher, et avoir une issue fatale par méningite, phlébite ou thrombose.

Je dois faire remarquer cependant que tous les faits relevés ne me paraissent pas assez probants pour faire de cette otite moyenne suppurée une affection spéciale, reconnaissant uniquement pour cause la syphilis. Les affections suppuratives de l'oreille moyenne sont d'ailleurs si fréquentes dans le bas âge, que je ne vois pas de raisons suffisantes pour rattacher à la syphilis toutes les manifestations morbides survenant chez des enfants nés de parents syphilitiques. J'avoue donc que je suis loin d'admettre sans réserve cette otite moyenne suppurative de nature spécifique.

Je signalerai une observation très intéressante qui m'a été communiquée par M. Hennebert, et dans laquelle entre autres accidents hérédo-syphilitiques (surdité apoplectiforme hérédo-syphilitique ; inefficacité du traitement), les tympana avaient pris un aspect tout spécial que notre estimé confrère compare, avec beaucoup de justesse, à la kératite interstitielle :

On a encore décrit, comme affection syphilitique héréditaire de l'oreille moyenne, une otite sèche, une sclérose de la caisse. Elle se caractérise par une surdité progressive, à marche rapide, s'étendant parfois plus tard à l'oreille interne, et survenant entre 20 et 30 ans chez des individus exempts de surdité héréditaire. Elle peut être le seul symptôme de la diathèse syphilitique.

Sigmund et Hébra ont trouvé à la clinique de Gruber un grand nombre de cas d'otite moyenne scléreuse améliorée par un traitement antisiphilitique ; aussi pensent-ils, qu'en beaucoup de cas de prétendue otite moyenne hyperplasique, la syphilis doit être regardée comme la cause de la maladie. Sans vouloir trancher la question, il me semble que la connexion pathogénique qui relie cette surdité à la diathèse syphilitique est loin d'être prouvée.

Oreille interne. — La syphilis héréditaire peut donner lieu à une surdité dépendant d'une affection de l'appareil nerveux.

Cette manifestation grave de la syphilis héréditaire ne semble affecter que très rarement les enfants en bas âge. La plupart des auteurs classiques sur les maladies de l'oreille ne la signalent pas comme cause de la surdi-mutité congénitale.

Je crois que dans nombre de cas la syphilis doit être recherchée parmi les causes de surdi-mutité congénitale au même titre que la consanguinité et l'hérédité.

Quoiqu'il en soit, la surdité hérédo-syphilitique se retrouve le plus habituellement dans une période déjà avancée de la vie, entre la dixième et la vingtième année, le plus souvent aux approches de la puberté. Cette affection est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin.

Tantôt la surdité s'établit d'une façon insidieuse et elle peut atteindre, à brève échéance, une intensité considérable ; tantôt son apparition est brusque et accompagnée des symptômes de Ménière. Elle débute généralement d'un côté, mais elle n'épargne pas l'autre oreille, qui, indemne quelque temps, se prend à son tour.

Elle s'accompagne souvent d'une otite moyenne catarrhale. Elle est en outre un des symptômes assez constants de la triade d'Hutchinson.

Le diagnostic peut offrir de grandes difficultés. Indépendamment des symptômes sur lesquels j'ai insisté, on recherchera des cicatrices cutanées, l'état du squelette, les difformités osseuses, en un mot tous les stigmates qui trahissent l'influence de l'hérédo-syphilis.

Quelle peut être la nature de cette surdité profonde, de cette surdité « hérédo-syphilitique » proprement dite ?

Bien que la question soit encore en suspens, on tend à admettre une lésion du labyrinthe. Notre confrère Délie, corroborant en partie les idées de Moos, croit à une exsudation plastique dans le labyrinthe, aboutissant à une véritable sclérose de la lame spirale.

Moos, Steinbrugge et Politzer ont trouvé à l'autopsie une périostite du vestibule avec infiltration de petites cellules dans le labyrinthe.

Baratoux a fait l'examen nécropsique de plusieurs cas de syphilis labyrinthique héréditaire. Quatorze fois les lésions s'étendaient à l'oreille moyenne et interne, quatre fois l'oreille interne seule était atteinte. Dans les premiers cas il y avait une

infiltration inflammatoire assez dense, dans toutes les parties molles du labyrinthe, avec forte hyperémie; dans les autres, il y avait en plus une endartérite des vaisseaux du limaçon. Le nerf acoustique fut toujours trouvé intact.

Comme on le voit, les documents sont encore très rares et insuffisants pour donner une solution définitive.

Le pronostic de la lésion labyrinthique est grave puisque la surdité permanente et définitive en est généralement la terminaison fatale, si l'on n'oppose, à temps, une barrière énergique aux progrès du mal.

Il me paraît prouvé qu'un traitement énergique, institué quand les lésions ne sont pas trop anciennes, peut non seulement enrayer la marche de la maladie, mais même rétablir entièrement les facultés auditives.

La médication antisypilitique ordinaire peut quelquefois donner de bons résultats, soit qu'on emploie le traitement mercuriel seul, soit qu'on l'associe à l'iodure de potassium. Quant au mode d'administration du mercure, ce sont les frictions mercurielles qui constituent la méthode de choix, vu surtout qu'on a affaire à des enfants ou à des sujets très jeunes. Les injections mercurielles solubles, insolubles ou intra-veineuses, peuvent avoir leurs indications dans certains cas déterminés.

Notre confrère Delsaux a préconisé les injections intratympanales d'huile grise, qui lui semblait être bien supportée par la caisse du tympan.

Je laisse de côté la méthode révulsive, les applications de pommades iodées sur l'apophyse mastoïde, qui n'ont ici qu'une très médiocre utilité.

Quelle que soit la valeur de la médication antisypilitique ordinaire, le traitement par la pilocarpine semble donner les meilleurs résultats. Ce médicament, introduit par Politzer dans le traitement de la syphilis du labyrinthe, s'administre le mieux par voie hypodermique. L'injection se fera chaque jour, durant deux à trois semaines, à dose progressive jusqu'à obtenir une transsudation abondante.

Ce traitement a été essayé entre autres par Lewin, Lookwood et Moller, sans donner le moindre résultat favorable. Gradenigo, au contraire, recommande vivement ces injections de pilocarpine qui lui auraient donné des effets très heureux.

Il est bien certain toutefois que les injections de pilocarpine, que le traitement antisypilitique même peuvent guérir, dans certains cas récents, la surdité hérédosyphilitique. Une obser-

vation recueillie à la clinique otologique de notre Université ainsi que les observations très démonstratives que M. le Professeur ERMANN a voulu me communiquer, trancheront ce point d'une façon définitive.

18. BROECKAERT. — **Les paralysies récurrentielles.** — Après avoir exposé brièvement les théories de Semon et de Krause sur l'adduction de la corde vocale en cas de lésion incomplète du nerf récurrent, B. conclut que ni l'une ni l'autre théorie n'est à l'abri de sérieuses critiques.

La théorie de Krause ne concorde pas avec les faits observés ; celle de Semon, bien que paradoxale en apparence, a recueilli le plus grand nombre d'adhérents. Elle se base sur la fragilité plus grande des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs ou du moins des filets nerveux qui s'y rendent. C'est cette opération qui est la base de la théorie de Semon, que j'ai voulu vérifier. Dans ce but, j'ai réséqué chez le chien une portion du nerf récurrent et déterminé d'emblée une paralysie flasque de la corde vocale. L'autopsie, pratiquée sept à huit semaines après, montre une atrophie assez manifeste des muscles, tant des adducteurs que de l'abducteur. L'examen microscopique ne fait pas plus découvrir des traces de dégénérescence appréciable dans l'abducteur que dans les autres muscles. Le crico-arythénoidien postérieur n'est donc pas plus fragile que les autres muscles laryngés.

Dès lors, comment expliquer la position médiane de la corde vocale, et les altérations régressives prédominantes au niveau du crico-aryténoïdien postérieur, en cas de lésion du nerf récurrent ?

Supposons une compression s'exerçant sur le tronc du nerf récurrent. Ici, comme ailleurs, nous voyons se développer une paralysie motrice progressive, d'autant plus prononcée que ce bout périphérique du nerf sera moins en rapport avec les centres trophiques médullaires. Du côté de la portion centrale du nerf se développent au contraire des phénomènes d'irritation qui vont jusqu'aux centres bulbaires le long des voies centripètes, et déterminent une contracture réflexe par l'intermédiaire du nerf laryngé supérieur, et surtout de ses branches anastomotiques.

Aussi longtemps que la portion centrale du nerf n'a pas perdu sa conductibilité, la contracture réflexe des muscles adducteurs persiste, et la corde vocale reste en position médiane.

Toute conductibilité abolie, la contracture cesse, et la corde se place dans la position cadavérique, comme cela arrive après la section du nerf.

Si à cette période on examine les muscles du larynx, on peut trouver l'atrophie beaucoup plus avancée dans le muscle abducteur que dans les adducteurs où la paralysie ne s'est manifestée que très tardivement.

Cette théorie se base sur le principe, admis par Krause, qui regarde le nerf récurrent comme un nerf mixte. Je ne suis cependant pas arrivé à démontrer ce fait établi par Krause et par d'autres expérimentateurs, bien que les expériences aient eu lieu sur des animaux non narcotisés. On peut cependant mettre en doute la similitude qui existerait entre un courant électrique, expérimental, et un courant nerveux, réflexe.

Quoiqu'il en soit, la communication que je viens de faire doit être considérée comme préliminaire, et j'aurai à y revenir.

19. EEMAN. Un cas de surdité hystérique. — E. partage l'opinion de Gradenigo sur la fréquence des surdités hystériques, quoique l'on soit généralement d'avis qu'elles sont rares. Un instituteur de 22 ans, sans antécédents morbides ou héréditaires, ayant eu l'ouïe toujours normale, devient sourd en quelques jours ; cette surdité, d'abord partielle, s'aggrave et devient absolue. Elle s'est accompagnée d'une période d'incubation psychique. Il n'y avait ni bourdonnements ni vertiges, ce qui est d'une valeur considérable au point de vue du diagnostic. Pas de signe de variabilité. La surdité présentait un caractère nettement psychique. Il y avait de l'achromatopsie et un rétrécissement du champ visuel. Cette surdité ressemble à la surdité simulée, le sujet paraissant entendre à un moment donné ; il n'était pas hémianesthésique mais présentait d'autres manifestations hystériques caractérisées par des séries de plaques cutanées hyperesthésiques, un rétrécissement hystérique du champ visuel, donc des stigmates hystériques très nets. Voici quelle était la cause du phénomène. Le sujet travaillait en classe au moment où l'on nettoyait le local ; les bancs ayant été placés les uns sur les autres tombèrent brusquement en produisant un grand bruit. De là une frayeur très vive, avec impression auditive exagérée.

Gradenigo estime que dans ces cas il existe une lésion, quelque légère qu'elle soit. Chez notre sujet, l'appareil auditif est absolument normal. Je dois cependant faire des réserves, car il arrive fréquemment que le diagnostic ne soit pas précisé. J'ai été très fréquemment frappé de soi-disantes scléroses de la caisse offrant une symptomatologie paradoxale. Notre malade guérit

rapidement d'un côté, graduellement de l'autre, sous l'influence d'un traitement psychique.

EEMAN a observé un second cas semblable : une jeune fille surmenée perd l'ouïe d'un côté et la voix ; guérison immédiate par la seule application d'un miroir laryngé.

20. EEMAN. — **Rhinite diphthéritique primaire.** — Il a soutenu la théorie de l'unicité des rhinites fibrineuses à pseudomembranes. Elles sont de nature diphthéritique. Dans les 11 cas de sa première étude, le bacille de Loeffler existait seul ou associé. Sa virulence a été trouvée très accentuée même chez les enfants allant à l'école ; les cultures tuaient le cobaye au dixième de centimètre cube. Ces cas présentent donc de grands dangers de contagion.

Il y a quelques jours, E. a observé un second cas reproduisant la physionomie des premiers ; il s'agissait d'un enfant paraissant être en bon état de santé. Le bacille de Loeffler était associé au diplocoque.

BUYS a examiné 6 cas, et a trouvé cinq fois le bacille de Loeffler ; la virulence a été déterminé un seul avec des caractères analogues. Il n'a pas observé d'infection.

EEMAN a vu des cas de contamination.

21. COOSEMANS. — **L'holocaine en oto-laryngologie.** — C'est une substance nouvelle qui se substituera à la cocaïne. Ses avantages sont nombreux. Son prix est beaucoup moins élevé ; la solution s'emploie à 1 %, elle ne détermine pas de sensation de brûlure ; elle présente une saveur à peine amère ; elle ne produit ni nausées, ni constriction de la gorge, ni excitation cérébrale ; pas de gêne respiratoire ; pas de constriction vasculaire ; pas de phénomènes d'empoisonnement. L'insensibilité qu'elle détermine est plus prolongée et les solutions ne s'altèrent pas.

22. GAUDIER. — **Un cas de fibrôme naso-pharyngien chez une vieille femme. — Traitement par le curettage du naso-pharynx. — Guérison.** — Il y a deux mois environ, venait nous trouver une femme de 60 ans, portant une volumineuse tumeur naso-pharyngienne, s'accompagnant de troubles de l'audition, surdité et bourdonnements. La narine gauche était obstruée en sa moitié postérieure par une masse grisâtre ; la narine droite était intacte ; cependant la respiration nasale était presque impossible. Le toucher faisait constater dans le cavum une masse mamelon-

née, rosée, le remplissant presque tout en entier et refoulant fortement en avant le voile du palais. Cette masse, de consistance inégale, saignant après l'examen, s'implantait par une assez large base sur l'apophyse basilaire et probablement aussi sur la première vertèbre cervicale.

On pouvait la contourner en avant, sauf au niveau de la choane gauche, obstruée par un prolongement, en arrière et sur les côtés. Son volume pouvait être approximativement celui d'une mandarine moyenne. La malade se portait bien, n'avait nullement maigri ; il n'y avait pas de ganglions, et c'est surtout pour la surdité qu'elle venait nous consulter. La question d'une intervention devait se poser, mais quelle intervention ? Un chirurgien consulté précédemment lui avait proposé une résection du maxillaire gauche ou, à défaut, une intervention par la bouche, en fendant largement le voile du palais. Nous voulions une opération plus bénigne, le curettage du naso-pharynx.

Tout d'abord, pas d'anesthésie, l'opération étant excessivement rapide, et, de l'avis de la malade, en somme peu douloureuse.

La malade, assise sur une chaise, étant bien maintenue, on lui fait ouvrir la bouche largement et l'on déprime fortement la langue avec un abaisse-langue ordinaire, de manière à bien voir le fond. La main droite tient une curette que nous avons fait construire spécialement pour cela : c'est une curette à végétations adénoïdes, du modèle de Lermoyez, mais beaucoup plus large, de manière à enlever le plus de tumeur possible d'un seul coup, car il faut aller vite. Auparavant on aura préparé à portée de la main de l'eau glacée, de l'eau oxygénée et une bande de gaze iodoformée d'un mètre de long sur trois doigts de largeur.

La curette introduite derrière le voile du palais, et c'est en réalité un nettoyage analogue à celui des végétations adénoïdes que l'on fait là, contourne la tumeur, s'insinuant entre elle et le voile du palais jusqu'à ce que son rebord supérieur mousse ait atteint la voûte pharyngée au-dessous des choanes. A ce moment, par le mouvement bien connu de tous ceux qui ont opéré des végétations à la curette, conservant le contact de la curette avec la voûte pharyngée, poussant le manche très fortement d'avant en arrière, puis de haut en bas, on pratique un véritable morcellement de la masse de la tumeur, qui doit être enlevée en trois ou quatre coups. Je reviens sur ces quelques points : il faut une curette très forte et déployer une grande énergie de manière à entamer le périoste lui-même : c'est un raclage des plus énergiques. La curette ne doit pas être retirée du cavum ;

la malade étant bien maintenue et la bouche largement ouverte, les fragments de tumeur tombent sur l'abaisse-langue, et de là coulent au dehors, où on les recueille. C'en est fait en une minute.

L'hémorrhagie a été insignifiante, presque pas plus de sang que dans l'ablation des végétations adénoïdes ; mais à la condition que la curette racle en plein périoste en dehors de la tumeur.

Les suites opératoires furent des plus simples : gargarisme au phénolsalyl au 1/100^e et huile mentholée par les narines. L'ouïe revint presque immédiatement, les bourdonnements cessèrent après une douche de Politzer. Guérison.

L'examen anatomo-pathologique a permis de constater qu'on se trouvait en présence d'une tumeur fibreuse avec des points de dégénérescence sarcomateuse (prolongement nasal) et de nombreux vaisseaux.

Cette observation nous a paru intéressante à publier :

1^o Par la rareté des tumeurs fibreuses à cet âge (Verneuil en a publié 2 cas à soixante-deux et soixante-quatre ans chez la femme ; d'un autre côté Pluyette nous montre que c'est surtout dans l'âge adulte que ces tumeurs existent chez la femme) ;

2^o Par la nouveauté de l'intervention qui n'exige pas de mutilation préliminaire, qui ne demande qu'un appareil à la portée de tous ; nous insistons en ce point sur l'énergie du curettage et sa rapidité :

3^o Par ce fait qu'il n'y a pas eu, pour ainsi dire, d'hémorrhagie, cela tenant selon nous à la profondeur du curettage nettement périosté (ces tumeurs saignent lorsqu'on taille en plein dans leur masse).

Par conséquent, ce procédé nous paraît devoir remplacer avantageusement les opérations si graves faites par la face ou par la bouche et l'électrolyse ; il pourrait peut-être ne pas être applicable aux cas où les sinus sont envahis par la tumeur, mais il donnera d'excellents résultats, nous en sommes sûr, toutes les fois que le diagnostic précoce nous aura mis en présence d'une tumeur nettement pharyngée avec ou sans prolongements nasaux.

23. HENNEBERT. — **Tympons vacuolaires.** — Tous attireraient l'attention sur un aspect non signalé jusqu'ici — au moins à notre connaissance — et présenté par certains tympons, dans des cas d'otite scléreuse à pronostic défavorable : le tympan, très mince

et transparent, semble parsemé de gouttelettes très fines d'un liquide réfractant fortement la lumière ; chacune de ces pseudo-gouttelettes est constituée par un cercle brillant, nacré, entourant une tache plus sombre qui présente constamment près de son centre un point lumineux ; la position de celui-ci varie selon l'incidence de la lumière. Les taches existent sur l'un ou l'autre tympan ou sur les deux à la fois, irrégulièrement disposées ; leur nombre comme leur diamètre est des plus variables ; leur aspect ne se modifie pas par l'injection d'air ou de vaseline dans la caisse ; elles semblent constituées par des vacuoles creusées dans l'épaisseur même du tympan (dans la couche fibreuse probablement), et pourraient être interprétées comme le résultat d'altérations trophiques atteignant cette membrane.

24. HENNEBERT. — **Un cas de mastoïdite aiguë avec abcès extra-dural.** — Homme de 50 ans, atteint d'ozène à croûtes sèches, adhérentes, est pris d'otite aiguë gauche avec mastoïdite, qui guérit en laissant la surdité à sa suite. Trois mois après, mêmes phénomènes à droite, du pus s'écoule par le conduit ; les accidents durent un mois. Iodure de potassium et sirop de Gibert. Malgré les douleurs et la continuation de l'écoulement, le malade refuse toute opération. Une complication aiguë survient le 6 décembre : gonflement de l'apophyse mastoïde, et phénomènes cérébraux (somnolence, diminution de l'acuité visuelle). L'apophyse est trépanée, elle est éburnée ; l'autre contient une grande quantité de pus dépourvu d'odeur ; le périoste a été écarté et un cratère creusé ; à 1 centimètre et demi l'opérateur rencontre une petite fistule laissant sourdre du pus, conduisant à un abcès extra-dural. L'ouverture est élargie. Impossible de trouver une communication entre les deux foyers de suppuration. Tamponnement des deux cavités à la gaze iodoformée. Les accidents cessent immédiatement. Le lendemain le malade entend à droite ; pas d'injection. En moins de six semaines fermeture de la plaie opératoire et l'ouïe redevient normale. H. fait remarquer, en terminant, que les complications mastoïdienne et extra-durale ont évolué en apyrexie absolue, que l'ouïe est redevenue normale malgré les lésions graves et qu'enfin la complication intra-crânienne a probablement été déterminée par l'infection lymphatique.

25. JAUQUET. — **Quelques mots à propos de l'anesthésie par le bromure d'éthyle dans l'ablation des végétations adénoïdes.** — Le

bromure d'éthyle peut rendre de grands services et l'emporte sur le chloroforme dans les interventions de courte durée ; il ne détermine pas d'accidents. Texier administre aux enfants de 8 ans 3 à 8 grammes pendant 20" à 30". M. Jauquet a fait des expériences avec l'aide de M. HENNEBERT. D'après eux, la quantité de bromure administrée est sans importance, alors que Texier prescrit au maximum 10 grammes. En général, l'administration ne se prolonge pas au-delà de 10 secondes. Au moment où l'on applique le masque ou la compresse, l'enfant cesse de respirer pendant une demi-minute : il faut donc observer avec soin l'instant où se produit la première respiration. Il existe parfois un léger trismus, ce qui augmente la durée de l'anesthésie.

Texier a qualifié cette méthode d'apsychique, mais les centres corticaux seuls sont atteints, la douleur est exprimée mais non perçue ; l'enfant présente des mouvements de défense ; les centres cardiaques et respiratoires sont indemnes. L'insensibilité est de courte durée. L'enfant, maintenu par un aide, est placé en pleine lumière, on brise une ampoule fermée à la lampe (le produit ne présente de la sorte aucune altération), et on en répand le contenu sur une compresse.

EEMAN reconnaît la valeur du bromure d'éthyle, mais il se demande s'il est possible de remédier au trismus.

JAUQUET. — Il est rare que le trismus se produise au bout de vingt secondes ; il se développe toujours au bout de trente.

NOQUET. — Le mélange d'éther et de bromure d'éthyle est pour Lubet-Barbon, excellent à ce point de vue.

ROUSSEAU y a renoncé parce que le trismus survient avant vingt secondes, et que les enfants souffrent autant des vomissements qu'avec le chloroforme.

26. VAN DOORSELAER. — **Un cas de fracture de l'apophyse styloïde du temporal.** — Une femme, ayant avalé avec du potage des fragments d'os de bœuf se plaint de douleur à la déglutition. L'examen ne révèle ni rougeur ni gonflement laryngé. Mais le toucher de la paroi latérale du pharynx fait reconnaître la présence d'un corps dur, mobile, sur la paroi latérale. Une incision exploratrice est pratiquée. M. GORIS applique une pince et extrait l'extrémité inférieure de l'apophyse styloïde du temporal.

**XII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
DE MOSCOU**

19-26 août 1897

SECTION OTOLOGIQUE (suite) ⁽¹⁾.

1. OKUNEFF. — Sclérose mastoïdienne comme complication des otites suppurées chroniques. — L'auteur a souvent observé la sclérose dans l'otite suppurée, il considère cette complication comme très grave, car le pus a du mal à trouver une issue : l'intervention précoce est indiquée.

2. C.-J.-M. SCHMIDT (Odessa). — Sur l'otite externe primitive au point de vue clinique. — C'est surtout une affection cutanée qui revêt trois formes : I. Affection se bornant à l'épiderme, analogue à l'ichthyose. — II. Affection du corium ressemblant à la dermatite lorsqu'elle est bénigne, à l'eczéma quand elle est plus prononcée. — III. Affection atteignant seulement l'épiderme.

S a vu un cas chez un malade atteint d'ichthyose cutanée, les anomalies de la sécrétion sont consécutives à la dermatite. Les oreilles normales ne renferment pas de collections cérumineuses. Le prurit survient dans l'oreille sous forme de névrose de la sensibilité, mais il est associé à la dermatite et difficile à reconnaître. Dans la dermatite, la forme sèche n'est qu'un stade qui affecte un autre aspect après le grattage. Le prurit existe dans les deux formes et entraîne souvent des infections auxquelles sont dues les inflammations aiguës et chroniques (furuncle, phlegmon, pseudo-érysipèle et érysipèle) ; lorsque les oreilles sont saines, ces inflammations sont rares, l'infection se produit au contact des instruments employés pour le râclage : curettes, épingles à cheveux, allumettes, etc.

L'infection peut rapidement revêtir la forme aiguë, le conduit auditif se tuméfie en quelques heures, pendant la nuit ; ou la maladie devient chronique en l'espace de 8 à 14 jours à la suite d'un grattage persistant. La douleur est peu accusée dans ce dernier cas ; dans les deux formes, le conduit auditif se rétrécit, se remplit d'une bouillie onctueuse souvent fétide, la membrane

⁽¹⁾ D'après le compte-rendu du Dr A. LÖWENSTERN in *Monats.f. Ohrenh.*, octobre 1897, voir *Annales*, n° de Décembre 1897.

tympanique est normale, ce dernier fait sert à faire le diagnostic différentiel avec l'otite secondaire externe presque toujours attribuable à la stagnation du pus dans l'otite moyenne.

Traitement : huile médicamenteuse, injections de thymol (1 : 100 — 1 : 1000); forme humide : cocaïne à 1/10. Si l'infection survient ou est à craindre, sublimé à 1/1000. Le malade désinfectera soigneusement ses mains.

Prophylaxie : éviter de se gratter, car la dermatite chronique peut devenir incurable.

L'otite externe primitive hémorragique est presque toujours de nature traumatique et fort rare, de même que l'herpès du conduit auditif et de la membrane tympanique, cinq observations sans examen histologique ni bactériologique.

Discussion.

HEIMAN a vu des cholestéatomes du conduit auditif externe avec intégrité de l'oreille moyenne et ouïe normale; chez un garçon de 15 ans, il y avait récidence tous les deux ou trois ans; on faisait l'ablation et le malade se trouvait parfaitement bien. Il emploie contre l'otite externe chronique l'huile avec l'acide borique et la vaseline.

BERTHOLD confirme les faits de Heiman, il a également rencontré des cholestéatomes du conduit auditif externe avec membrane tympanique intacte; mais, dans ces dernières années, il a observé dans ces cas une perforation de la paroi postérieure du conduit auditif, entre le conduit auditif cartilagineux et osseux.

Voss (Riga) se sert de nitrate d'argent en solutions de plus en plus concentrées (5, 20, 30 %).

SCHMIDT est opposé théoriquement au nitrate d'argent qui excite la peau; du reste, on obtient la guérison sans l'employer.

3. L. VACHER (Orléans). — **Sur l'auto-infection en otologie.** — Que devons-nous entendre par ce terme? L'auto-infection directe d'un des nombreux organes composant l'organe auditif, ou l'infection du sang par les maladies des parties voisines de l'oreille? L'auteur les réunit en un groupe, d'après lui l'organe de l'ouïe est un terrain particulièrement favorable à l'auto-infection; l'âge et la réceptivité des malades jouent aussi un rôle important. Ici, comme dans les empoisonnements chimiques, l'oreille opposée s'affecte presque toujours d'une façon réflexe, ce qui n'arrive pas

dans la tuberculose. Dans les infections microbiennes tous les organes se prennent, la rate, la glande thyroïde, les capsules rénales, le pancréas, même le sang de l'écoulement menstruel; mais il arrive ainsi que le conduit auditif est atteint sans qu'on distingue les signes d'infection des autres organes; ces auto-infections du conduit auditif sont souvent graves ou superficielles, passagères ou durables, accompagnées de suppurations et d'hémorrhagies qui entraînent la perte de l'ouïe par l'atrophie du nerf acoustique ou la destruction de l'appareil auditif.

Dans toute infection de l'organe de l'ouïe on recherchera le foyer infectieux, et on emploiera tous les remèdes externes et internes afin d'enrayer l'infection dont le premier symptôme gênant est ordinairement le bourdonnement subjectif de l'oreille.

Enfant de 7 ans, souffrant d'une blessure au genou droit, lymphangite généralisée et gonflement volumineux des glandes inguinales; fièvre modérée, traitement antiseptique interne et externe; au bout de quatre jours, abcès sous-cutanés, à la jambe et au bras gauches, derrière l'oreille et sur le thorax, bourdonnements d'oreilles. Rien d'anormal du côté du nez et du pharynx, membrane tympanique hyperémiée, oreille douloureuse, tête lourde. Perforation du tympan. En 8 ou 10 jours, les accidents disparaissent, mais il survient un dernier abcès à la partie postéro-inférieure du cou. Traitement: irrigations nasales, compresses imbibées de solutions antiseptiques.

V. rapporte une seconde observation d'auto-infection généralisée sur tout le corps, où après l'apparition de furoncles derrière les oreilles, sur le visage et au cou, la suppuration cessa. Ces deux cas démontrent que l'oreille s'infecta seulement après les autres parties du corps. Quoique la plupart des auristes croient que l'infection de l'oreille moyenne survient seulement par le pharynx et le nez à travers la trompe d'Eustache, l'auteur croit qu'un grand nombre de ces affections s'acquièrent directement par le courant lymphatique; la maladie est presque toujours bilatérale. Chez les diabétiques, une légère blessure entraîne fréquemment l'otite suppurée par auto-infection. Les otites suppurées observées depuis 1892 ont souvent la même origine. Dans la syphilis secondaire et tertiaire, on rencontre souvent des condylômes dans le conduit auditif moyen; on sait que les affections auriculaires compliquent fréquemment la scarlatine, la rougeole et la variole.

Outre l'oreille moyenne, les nerfs auditifs sont souvent atta-

qués. Dans la diphthérie, l'affection se propage par le pharynx et le nez ; dans les autres affections, l'infection auriculaire a lieu directement par le sang.

Politzer, Blau et d'autres auteurs ont décrit les complications auriculaires de la leucémie. Traitement local, antisepsie et sérothérapie.

4. M. SHIRMUNSKY (Saint-Pétersbourg). — **Traitement des vertiges survenant au cours d'affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe.** — Le vertige de Ménière observé au cours des otites moyennes est presque toujours d'origine labyrinthique.

Plus rarement, à la suite d'otites moyennes suppurées, on ne trouve pas trace d'altérations du labyrinthe et il faut attribuer les vertiges à une action réflexe provenant sans doute de l'oreille moyenne.

La quinine est le spécifique des vertiges, mais contrairement à la plupart des auteurs, S. emploie la quinine en doses moyennes (0, 3 par jour), la quinine à haute dose pouvant conduire à la surdité totale par l'oblitération des vaisseaux labyrinthiques. Avec des doses moyennes, au contraire, souvent le vertige cesse et l'ouïe s'améliore.

Discussion.

POLITZER rappelle que Kaufmann, de Vienne, a fait des expériences sur les lapins, sans observer d'accidents labyrinthiques à la suite d'ingestion de quinine à haute dose. P. est d'avis que l'on peut enrayer ou améliorer le vertige par la raréfaction de de l'air dans le conduit auditif externe ; quand ce procédé réussit on met dans la main du malade un tube de caoutchouc avec lequel il se donne lui-même une douche d'air en aspirant par la bouche.

BERTHOLD insiste sur la difficulté du diagnostic des hyperémies labyrinthiques ; même l'hyperémie visible de la membrane tympanique ne révèle pas toujours l'existence de l'hyperémie du labyrinthe. Les doses élevées de quinine pouvant entraîner des hémorrhagies labyrinthiques on n'emploiera que des doses minimes ou moyennes.

HEIMAN. — La plupart des vertiges provenant d'affections catarrhales de l'oreille moyenne ou de la trompe d'Eustache cèdent sous l'influence de la douche d'air sans recourir à la quinine.

SHIRMUNSKI. — Au début, il est difficile de distinguer l'hypémie ou l'ischémie, aussi, pour cela, se sert-on de la quinine. Je n'ai eu en vue que les vertiges survenant au cours des otites moyennes et non la maladie de Ménière.

5. V. UCKERMANN (Christiania). — **Recherches sur l'ouïe des sourds-muets ; valeur thérapeutique des exercices acoustiques pour les sourds-muets et les sourds.** — Contrairement à Bezold, l'auteur trouve que l'épreuve de Rinne est un moyen excellent pour s'assurer de l'état des nerfs auditifs chez les sourds-muets. L'examen est malaisé et demande une grande expérience, de même que beaucoup d'intelligence de la part du sujet (au moins deux ans d'école) et l'aide d'un professeur. Alors l'examen se fait facilement.

6. H. KNAPP (New-York). — **Démonstration de préparations.** —

1. Sinus sigmoïde projeté en avant, juste derrière la spina supr. meat. ; à un millimètre derrière la surface osseuse externe l'apophyse mastoïde est fléchie ; nombreuses particularités du côté du rocher.

2. Moulage d'un sinus sigmoïde, du bulbe et de la jugulaire.

3. Pièce osseuse de carie mastoïdienne et de la moitié latérale de la paroi pétreuse.

7. H. KNAPP. — **Exostose obturante après l'ablation du pavillon et de l'épiderme du conduit auditif postérieur détaché des os sains. Guérison par première intention.** — Malade atteint à la suite d'une scarlatine, d'otorrhée chronique, de surdité bilatérale prononcée, de douleurs dans une oreille, de maux de tête, de malaises et de vomissements. Avec la sonde, on ne sentait pas l'exostose. K. détacha la peau à la base de l'exostose et sectionna la paroi postérieure osseuse, devant et derrière l'exostose ; peu à peu la tumeur se mobilisa et put être extraite. Au fond, on trouva du pus fétide épaissi, et, après son enlèvement, on vit une carie étendue de l'oreille moyenne. Le malade fut immédiatement soulagé de ses maux de tête et d'oreille. Ce malade avait été soigné il y a douze ans, l'auteur l'a revu au printemps dernier, parfaitement bien portant. Chassaignac a été le premier à conseiller l'énucléation des exostoses. K. a enlevé, par ce procédé, 1870 exostoses du sinus frontal. Seconde opération conforme à la première.

8. OKUNEFF. — **Expériences sur l'ablation du sinus vestibulaire du labyrinthe.** — L'auteur a expérimenté sur des chiens, en pénétrant dans le labyrinthe avec une curette et en vidant le sinus. Il observa la diminution des mouvements, mais aucun résultat positif. Il croit que cette opération n'offre aucun danger.

9. A. POLITZER. — **Contribution à l'anatomie normale et pathologique de l'organe auditif, avec démonstration de préparations.** — P. montre les diverses adhérences des osselets aux parties voisines sur de très belles pièces et à l'aide de dessins.

10. J. KALCIC (Budapest). — **Téléphone transportable pour reconnaître la surdité unilatérale.** — Le téléphone est renfermé dans une petite caisse de bois et comprend :

1° Une batterie électrique consistant en deux piles Léclanché.

2° Un double appareil d'induction.

3° Deux microphones.

4° Quatre récepteurs.

Toutes ces parties sont reliées par des cordons.

Dans ce téléphone, les deux microphones tiennent à la batterie par des fils longs de 3 mètres, de manière à ne pas entraver l'échange conventuel des récepteurs qui pourrait avoir lieu et à permettre aux interlocuteurs de se faire vis-à-vis. Les quatre récepteurs sont attachés à l'appareil d'induction par des cordons longs de 22 mètres, de façon que le malade puisse être examiné à une distance de plus en plus éloignée.

Le poids total de l'appareil est de 7 kilogrammes. Il possède deux microphones, c'est-à-dire deux stations téléphoniques complètement distinctes pour les récepteurs de droite et ceux de gauche.

Des deux récepteurs de droite, l'un est appliqué contre l'oreille droite du sujet, tandis que la personne chargée de l'examen se sert de l'autre. Il en est de même pour le côté gauche.

L'auteur entre ensuite dans des détails plus circonstanciés sur l'emploi de son appareil qui a été construit par K. Kild, de Budapest et coûte 80 florins.

11. A. POLITZER. — **Sur l'état actuel de nos connaissances sur la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe et sur le massage des osselets** (sera publié).

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de la voix, leurs causes, leur traitement, par
H. KRAUSE (Berlin, A. Hirschwald, 1898, 1 vol. de 32 p.)

Tel est le sujet du rapport que Krause a présenté en 1897 à la section de laryngologie du congrès de Moscou. C'est un mémoire fort intéressant, moins un résumé complet de l'état de la science sur ce sujet qu'une série de documents où se reconnaît la note très personnelle de l'auteur.

Parmi les troubles généraux qui peuvent altérer la voix se place en premier lieu la chlorose et l'anémie, fréquemment observées chez les chanteuses; elles peuvent la troubler par divers mécanismes, soit en déprimant les forces, soit en provoquant un catarrhe laryngien.

Les causes locales des dysphonies ont leur siège en quatre régions bien distinctes : 1° dans le larynx et son innervation; 2° dans la trachée, les bronches et les poumons; 3° dans le pharynx; 4° dans le nez et ses annexes.

Un des dangers les plus grands auxquels est exposé le larynx est le surmenage résultant d'une mauvaise éducation vocale. Chaque voix a son individualité; et le devoir d'un bon professeur est de l'étudier, et de chercher quelle est la meilleure façon de la diriger, sans vouloir indistinctement appliquer à toutes les voix une « méthode » d'entraînement systématique. En outre, Krause pose deux principes auxquels doivent se soumettre tous ceux qui chantent : 1° ne pas porter de vêtements qui compriment le thorax; 2° respirer pendant le chant par le nez et jamais par la bouche. Les cols empesés qui emprisonnent le cou sont les ennemis du chanteur. Chemin faisant, K. raille les doctrines mystiques de beaucoup de maîtres de chant qui, guidés par un empirisme grossier, croient prendre leur voix dans le nez, dans le dos et ailleurs encore, et qui, tout absorbés par ces préjugés, ne se donnent pas la peine de classer la voix dont ils ont charge et font chanter un baryton en ténor, faute d'avoir pris la peine de bien poser un diagnostic de tessiture vocale.

Quelles sont les troubles laryngés que vont produire les causes morbides? La forme la plus simple est l'hypérémie de la muqueuse avec injection vasculaire; si à ce moment la voix con-

tinue à être surmenée, il se produit soit des ecchymoses sous-muqueuses ou intra-musculaires, soit une dilatation variqueuse des vaisseaux des cordes : affection contre laquelle Krause recommande les scarifications profondes des cordes vocales.

A la longue, l'hypérémie fait place au catarrhe ; les cordes sont grises, chagrinées, inégales à leur surface, épaissies par places, atrophiées en d'autres endroits ; d'où résulte une sensation de sécheresse laryngée, de fatigue vocale, avec altération du timbre qui devient sec et dur. Un pas de plus et la pachydermie laryngée est constituée. De très bonne heure, des parésies musculaires viennent s'ajouter à ces lésions et entraver les mouvements de finesse de la glotte ; elles résultent ordinairement de processus dégénératifs qui ont leur maximum d'intensité au niveau du muscle thyro-aryténoïdien que Krause considère comme le muscle vocal par excellence.

Le traitement de la pachydermie laryngée ne peut, d'après l'expérience de l'auteur, être radical que dans un très petit nombre de cas : il consiste alors dans l'ablation des saillies épithéliales pour permettre à la glotte de s'affronter exactement ; mais, le plus ordinairement, il faut se contenter de prescrire le repos vocal et de combattre les parésies musculaires par la faradisation endo-laryngée.

Les nodules des chanteurs sont une autre lésion également des plus fréquentes ; ils n'agissent pas seulement en empêchant l'accolement des lèvres glottiques, mais encore en rompant, à l'intérieur de la corde, la continuité du tissu élastique vibrant. Rien de plus difficile que d'en préciser le traitement : au début, un repos vocal prolongé pendant de longs mois peut venir à bout des tout petits nodules ; cependant pour peu que ceux-ci soient volumineux, le traitement chirurgical est indispensable ; mais l'extirpation ne donne de résultats qu'à condition d'être totale ; et rien ne mesure mieux que cette opération l'habileté manuelle d'un laryngologiste.

A propos des paralysies laryngées, K. discute l'opinion des auteurs qui pensent qu'on peut chanter avec une corde immobilisée en position médiane. Il a observé en effet plusieurs cas de ce genre, entre autres un tabétique paraplégique dont le seul plaisir était de pouvoir chanter, bien qu'il eut une double paralysie des dilatateurs : mais il n'en est pas moins vrai qu'une paralysie respiratoire durable ôte au chant sa souplesse et sa précision.

En terminant, K. jette un coup d'œil sur les troubles vocaux

résultant des affections trachéo-bronchiques et pulmonaires, et il passe en revue les effets nocifs produits par les lésions des appareils de résonnance. Il décrit la cavité nasale et pharyngienne normale et montre que toute gorge, tout nez qui dévie de ce type idéal, imprime fatalement des défauts au timbre de la voix. Beaucoup de malformations, d'apparence insignifiante, contribuent à en assourdir le timbre ; ainsi la chute de l'épiglotte sur le vestibule laryngé, une cambrure trop accentuée du dos de la langue, un abaissement du voile au-dessous de son niveau classique. A plus forte raison doivent agir en mal toutes les modifications pathologiques de ces régions, avec, en tête les hypertrophies du tissu adénoïde de l'anneau de Waldeyer. Toute voix qui chante malgré ces obstacles court de grands dangers : inconsciemment le chanteur, pour les surmonter, force et surmène sa musculature laryngée. Rien qu'un simple coryza chronique a déjà pour un chanteur « une signification alarmante » ; il en résulte d'abord un sentiment de sécheresse et de tension dans la gorge ; et plus tard, quand la rhinite tourne à la purulence, la voix prend un timbre nasal, sourd, dysharmónique. Et cependant, la plupart des chanteurs chantent plus facilement au début d'un rhume de cerveau : c'est là un fait dont Krause sans le contrôler, se déclare incapable de donner la raison.

M. LERMOYER.

Comptes rendus et mémoires du 5^e congrès international d'Otologie tenu à Florence du 23 au 26 septembre 1895, publiés par V. GRAZZI (Vol. de 287 pages, C. Collini, éditeur, Florence 1897).

Le Prof. Gradenigo ayant publié dans les *Annales* le compte rendu des séances du Congrès, nous nous contenterons d'annoncer l'apparition du volume qui, en dehors de la partie scientifique, renferme la description des fêtes nombreuses offertes aux congressistes tant par le Prof. Grazzi que par les autorités florentines, et dont ceux qui y prirent part ont conservé un si bon souvenir.

A. G.

Comptes rendus du 1^{er} Congrès Espagnol d'oto-rhino-laryngologie tenu à Madrid du 18 au 24 novembre 1896, publiés par COMPAIREID. (Un vol. de 400 p. Tipog. Avrial, Madrid 1897).

Les séances du Congrès ayant été analysées dans les *Annales* par le Dr Pelaez, il ne nous reste qu'à féliciter le Dr Compaired

de la rapidité avec laquelle il a publié les actes de la première réunion des spécialistes espagnols qui tiendront leur seconde session à Barcelone.

A. G.

L'abcès cérébelleux d'origine otique, par PAUL KOCH (Berlin 1897. Edit. Otto Enslin).

Une observation inédite d'abcès cérébelleux opéré avec succès; statistique de 105 cas recueillis dans la littérature; étude minutieuse des symptômes, du diagnostic et du traitement.

M. N. W.

Développement de la vésicule auditive chez les vertébrés. —

Etude Morphologique, par CAMILLE POLI (de Gênes). (Brochure de 99 p. avec 4 planches, libreria editrice Ligure, Gênes 1896).

Dans ce remarquable travail, résultat de nombreuses et savantes recherches faites au Laboratoire d'anatomie et d'histologie de l'Université de Gênes, l'auteur étudie spécialement le développement de la vésicule auditive chez les vertébrés.

Sa formation appartient aux premiers stades de l'organogénie. Située superficiellement sur le côté du cerveau postérieur, elle n'a pas échappé à l'attention des premiers observateurs qui se sont occupé des phénomènes embryologiques.

Jusqu'à Bischoff (1843) on admettait que la vésicule auditive dérivait d'une excroissance du cerveau postérieur par un processus analogue à celui par lequel l'œil tire son origine de la première vésicule cérébrale.

Ce fut Remak qui rectifia cette erreur et démontra que l'otocyste provenait d'une invagination ectodermique.

Le feuillet ectodermique n'a pas la même structure chez tous les vertébrés. Chez les uns, il n'est formé que d'une seule couche cellulaire, tandis que chez les autres il existe deux couches distinctes. Il y a donc lieu de les diviser, comme l'a fait Balfour, en deux classes : vertébrés à type monoblastique et vertébrés à type dyblastique.

Ce fait permet de comprendre que, dès les premières phases de son développement, la vésicule auditive doit présenter des caractères particuliers variables suivant la structure de l'ectoderme.

L'auteur a limité son travail à l'étude des phénomènes qui se succèdent, dans le développement de la vésicule auditive,

depuis le moment où elle apparaît jusqu'à sa fermeture, en mettant en rapport les diverses phases de ce développement avec les formations contemporaines voisines.

En prenant ensuite pour bases ces données ortogénétiques et l'anatomie comparée, il a tenté d'élucider la signification morphologique de l'organe auditif des vertébrés.

Ce travail se divise donc naturellement en deux parties.

Dans la première, l'auteur a noté les résultats de ses recherches embryologiques. Il a examiné un grand nombre d'embryons d'oiseaux, de sélaciens, de reptiles, etc.

Nous ne saurions ici essayer même d'en donner un résumé qui serait fatalement incomplet ou inexact, et nous ne pouvons que renvoyer ceux que ce sujet intéresse à l'ouvrage lui-même.

La seconde partie est consacrée à l'interprétation des faits observés. L'auteur passe en revue et discute les opinions successivement émises aux points de vue de l'anatomie comparée et de l'embryologie.

Cette discussion très savante et très complète se prête mal à l'analyse et doit être lue en entier.

Comme conclusion, l'auteur admet que : « la signification morphologique de l'organe de l'ouïe des vertébrés trouve son explication dans les *cirres dorsaux des annélides* dans lesquels au moment de la subdivision du travail fonctionnel et à une époque non encore bien définie, se localiserait la faculté de percevoir les ondes-sonores. »

H. DU F.

Contribution à l'Etude de l'abcès cérébral d'origine otique, par G. R. WOLFF (*Thèse de Strasbourg 1897*).

Neuf observations personnelles avec autopsies.

M. N. W.

Les sourds-muets et leur éducation dans l'Europe occidentale et en Russie ; exposé des tentatives récentes du développement de l'ouïe chez les sourds-muets, par le D^r E. V. TCHLÉNOV (Moscou 1897).

Notons dans cet ouvrage très consciencieux et documenté ce qui a trait à la Russie ; le nombre des sourds-muets y est extrêmement considérable ; la statistique y étant assez rudimentaire, on ne saurait donner de chiffres absolument exacts, mais en se basant sur l'étude d'un certain nombre de gouver-

nements, sur les données des conseils de révision, on arrive au chiffre respectable de 200,000 sourds-muets qui est un minimum — c'est dire qu'il y a en Russie autant de sourd-muets que dans l'Europe tout entière ; la proportion de ces infirmes est d'autant plus élevée que la contrée est plus pauvre, plus déserte, qu'il y a plus de peuplades indigènes qui vivent isolées et où les mariages consanguins sont fréquents ; c'est probablement une des raisons de la fréquence de la surdi-mutité chez les juifs, fréquence que l'on remarque en Russie aussi bien que dans les autres pays ; il n'est pourtant pas possible de donner de chiffres précis à cause de la distribution spéciale des juifs dans l'empire, qui enlève leur valeur aux statistiques des écoles ; il ne faut pas oublier non plus que la plus grande partie de la population juive en Russie, vit dans un état de misère, de malpropreté et d'entassement extrême et que ce sont là autant de causes de surdité chez les enfants.

La question si importante de la surdi-mutité acquise par rapport à l'infirmité congénitale a été étudiée dans quelques gouvernements et dans les écoles spéciales ; la prédominance de l'affection acquise paraît considérable, 82 % et même 90 % de tous les cas seraient acquis, grâce à l'absence de soins médicaux dans les maladies de l'oreille ; aussi est-ce dans les premières années de la vie que le mal est répandu ; la très grande majorité des sujets sont atteints avant l'âge scolaire ce qui a sa grande importance au point de vue de l'éducation spéciale.

Quant à la question de l'éducation des sourds-muets en Russie, il suffit d'observer que le nombre des sourds-muets de l'âge scolaire est en Russie d'au moins 40 à 50 mille, tandis que les 15 établissements spéciaux reçoivent un total de 1 014 élèves — ces chiffres se passent de commentaires.

M. N. W.

ANALYSES

I. — OREILLE

Traitement des otites moyennes, par BRUN (Société de chirurgie, 4 novembre 1896).

Brun est intervenu pour les complications encéphaliques des otites dans 4 cas graves. Sur ces 4 cas, 3 ont succombé. Comme M. Broca, il assure que l'intervention doit commencer par une large ouverture de la caisse et de la mastoïde, mais que cette méthode d'incision large de la mastoïde et de la caisse, sans ouverture du crâne, n'est bonne que quand le diagnostic est hésitant entre les accidents méningitiques et la suppuration intracérébrale. Quand on est en présence d'un abcès cérébral constitué, il faut de plus, faire sauter la voûte de l'aditus, inciser la dure-mère et l'abcès du cerveau.

Ainsi, chez une fillette qui a succombé après la simple ouverture de la caisse, on trouva un abcès du lobe temporo-sphénoïdal. Dans un autre cas, où on avait diagnostiqué un abcès du cerveau, on trouva, en effet, un abcès du lobe temporo-sphénoïdal. Mais la malade mourut, et, à l'autopsie, on trouva de plus un abcès du cervelet.

Pour ce qui est du manuel opératoire, Brun suit la pratique de Broca.

G. LAURENS.

Traitement des otorrhées rebelles, par MOURE (Société de chirurgie, 3 décembre 1896).

Peyrot, à la Société de chirurgie, lit un rapport sur un travail de Moure, sur le traitement de l'otorrhée ancienne par la trépanation de la mastoïde et de la caisse.

Dans les vieilles otorrhées, à côté des cas où l'opération est nettement indiquée par des complications existantes, il y a des cas où l'opération est indiquée et utile : c'est dans les otorrhées rebelles. L'indication de l'opération dans ces cas est assez difficile à poser. Il faut opérer cependant quand l'otorrhée est très ancienne, fétide, rebelle à tout traitement. Quand il y a eu expulsion d'osselets, l'opération est encore plus urgente. Quand l'otorrhée est très ancienne, la guérison peut s'obtenir spontanément par un procédé d'éburation.

Dans ces cas d'otorrhée rebelle, il faut, d'après Moure, faire la trépanation et l'ouverture de l'antre pétro-mastoidien. D'après Moure, quatre fois sur 32 cas, on trouve le sinus au point d'élection de l'ouverture de l'antre mastoïdien. Moure conseille de commencer l'opération par l'ouverture de l'antre; puis, on attaque la paroi postérieure du conduit auditif pour aller ainsi dans le canal tympano-mastoïdien.

G. LAURENS.

Des complications intra-crâniennes des otites. par BROCA (Société de chirurgie, 31 octobre 1896).

Les otites mal soignées peuvent donner lieu à différentes complications : méningite aiguë, thromboses des sinus, abcès entre l'os et la dure-mère, abcès encéphaliques, cérébraux ou cérébelleux. Bien plus, souvent ces lésions sont concomitantes. Mais en général, au début la complexité est moindre, et on peut facilement distinguer les lésions auxquelles on a affaire.

« Dans les méningites aiguës, diffuses, suppurées, il n'y a guère de résultats à obtenir par l'intervention. Et cependant deux fois je suis intervenu, car la certitude du diagnostic ne me semblait pas absolue. Il existe, en effet, des faits de méningisme, de méningites incomplètes. Il y a même des méningites circonscrites qui marquent la transition vers les abcès encéphaliques. Enfin certaines thromboses, dans lesquelles manque le gonflement cervical, ressemblent parfois à s'y méprendre aux méningites. Aussi ai-je coutume d'opérer dans ces circonstances, et alors je suis le sinus jusqu'au cerveau. Et, pour cela, j'agis à la fois sur l'oreille, le sinus, le cerveau et le cervelet. Je pose d'ailleurs comme aphorisme la règle suivante : il faut d'abord trépaner l'apophyse et la caisse. Mais alors se pose la question suivante : faut-il aller dans le crâne par cette même voie ou faut-il en ouvrir une seconde plus éloignée ? »

Pour les abcès extra-duraux, il n'y a pas de doute à avoir. Ils siègent toujours autour de l'oreille. Si, en même temps que ces abcès, existent des abcès cérébelleux ou cérébraux, l'opération mastoïdienne devra se prolonger jusque dans le crâne.

En cas de thrombose, il est inutile d'ouvrir la boîte crânienne dans un second point. L'antre mastoïdien est le meilleur moyen pour atteindre le sinus.

Restent les abcès cérébraux ou cérébelleux. Les partisans de la voie mastoïdienne eux-mêmes ne concèdent pas l'inutilité d'une trépanation sus-auriculaire indépendante. Les abcès céré-

braux sont en général temporaires, reposant sur le plafond de l'aditus. Il faudra donc défoncer ce plafond par la trépanation de la caisse. Quant aux abcès cérébelleux, ils sont près du rocher. On devra, dans ce cas, trépaner avant ou en dedans du coude du sinus, ce qui permettra l'exploration du cervelet.

G. LAURENS.

Trépanation pour abcès du cerveau d'origine otique, par BROCA
(*Revue des maladies de l'enfance*, décembre 1896).

Observation très intéressante d'une enfant de 14 ans, qui présentait une otite moyenne chronique suppurée gauche consécutive à une hypertrophie des amygdales et à des végétations adénoïdes. Dans l'espace de sept jours et sans cause provocatrice appréciable, apparurent une série de phénomènes : rétention du pus, douleurs mastoïdiennes, fièvre, lenteur du pouls, modifications du caractère, troubles de la parole, et paralysie faciale d'origine centrale, qui attirèrent l'attention du côté de l'oreille et firent porter le diagnostic d'abcès temporal d'origine auriculaire.

La malade fut opérée dans le coma. Trépanation de l'apophyse et de la caisse qui contenaient du pus concret : aucun point de carie du côté du crâne. Le temporal est réséqué au-dessus de l'aditus et la dure-mère mise à nu sur l'étendue d'une pièce de deux francs. Quoiqu'elle fut saine, et présentât des battements, la netteté des troubles fonctionnels engagea B. à l'inciser et à ponctionner l'écorce cérébrale. Il s'écoula aussitôt un pus abondant, grumeleux, peu épais, extrêmement fétide. Une sonde cannelée, dirigée en haut et en arrière, put être enfoncée à 5 ou 6 centimètres de profondeur et elle fut remplacée par un drain de même longueur. Pas de lavage, tamponnement de l'apophyse et de la caisse à la gaze iodoformée.

Dès le lendemain, la malade était sortie du coma, la paralysie faciale existait encore ; l'enfant mange avec appétit. Sept jours après, malgré l'absence de fièvre qui avait disparu peu à peu, on constate un peu d'apathie et de torpeur intellectuelle. Le drain est retiré et il s'écoule aussitôt une grande quantité de pus grumeleux et fétide. L'état s'améliore, le drain est retiré deux mois après, la paralysie faciale disparaît, mais le caractère reste un peu modifié. Trois mois après l'opération, l'otorrhée était tarie et la guérison complète.

G. LAURENS.

Sur le traitement opératoire des abcès cérébraux, d'origine otique,
par KARL GRUNERT (*Berliner klin. Wochenschrift*, p. 1149,
n° 52. 28 décembre 1896).

Chez un malade de 25 ans atteint de suppuration chronique de l'oreille, Grunert pratiqua l'ouverture de l'antre et le curetage de l'oreille moyenne par le procédé de Stacke pour des lésions cholestéatomateuses. L'état du malade après l'opération fit supposer bientôt qu'il existait une lésion intra-crânienne sans qu'il fut possible de porter aucun jugement précis sur la nature et le siège de cette lésion. Ce qui frappait le plus, c'était une douleur localisée par le malade du côté de son oreille opérée et semblant partir de cette oreille. A noter surtout le caractère profond et diffus de cette douleur. Son intensité était variable : Souvent elle acquérait une acuité telle qu'elle était insupportable au malade et nécessitait l'emploi de narcotique. Ce n'est que plus tard, lorsque la somnolence s'accrut de plus en plus, que le malade se plaignit moins de sa douleur. Comment pouvait-on l'interpréter ? Il était difficile d'admettre qu'elle put partir de l'oreille, la caisse étant ouverte et toute rétention de pus étant hors de cause. Comme en dehors de la céphalée, il existait de la fièvre dans les cinq premiers jours consécutifs à l'opération, fièvre d'ailleurs d'intensité moyenne, on craignit à ce moment l'apparition d'une méningite purulente, mais la cause de la fièvre fut élucidée (stagnation de pus dans l'angle inférieur de la plaie) et celle-ci disparut alors que la céphalée persista et même augmenta. On devait donc éliminer l'idée de méningite suppurée et en admettant l'existence d'une complication intra-crânienne d'origine otique, penser à un abcès épidual ou cérébral puisque la marche de la température n'était nullement celle d'une phlébite suppurée des sinus. L'absence de fièvre ne pouvait faire rejeter ce diagnostic ; il est, en effet, de règle que ces complications de l'otite en dehors de la période de début, sont apyrétiques. Bientôt survinrent d'autres manifestations qui rendirent plus probable le diagnostic d'abcès intra-crânien et pour préciser davantage, d'abcès cérébral plutôt que d'abcès épidual. Il se développa peu à peu une modification remarquable de l'état psychique du malade : Grande excitabilité, perte de la mémoire, grande tendance au sommeil qui aboutit finalement à un état comateux, incontinence d'urine. En dehors de ces symptômes, il faut encore noter une constipation opiniâtre associée à des troubles gastriques : perte de l'appétit, amaigrissement (onze

livres en 15 jours). Pas une seule fois après son opération, le malade n'eut de selles spontanées, enfin apparut un ralentissement du pouls qui descendit jusqu'à quarante-quatre pulsations par minute.

Si tous ces symptômes permettaient de penser à une affection intra-crânienne en foyer, et, en raison de leur marche, de leur évolution rapide et de la notion d'une lésion auriculaire à la probabilité d'un abcès cérébral otique, il était cependant impossible de préciser la localisation de la lésion. L'opération pratiquée sur l'oreille n'avait fourni aucune notion pouvant permettre de supposer que l'abcès put loger dans le lobe cérébral ou dans le cervelet. Cependant contre l'abcès cérébelleux et en faveur de l'abcès temporal parlent l'absence de vomissements et la douleur occipitale si caractéristique des abcès cérébelleux. Dans le cas actuel la douleur, de caractère plutôt diffus, était localisée dans la région temporale droite. La sensibilité à la percussion dans la région temporale et dans la région frontale qui se développa peu à peu n'est pas considérée par l'auteur comme ayant une grande importance au point de vue du diagnostic. Enfin l'apparition d'une hémiparésie avec hémianesthésie du côté opposé à l'oreille malade permit le diagnostic ferme d'abcès otogène du lobe temporal droit; les troubles paralytiques pouvant être considérés comme le résultat de la compression à distance de la partie postérieure de la capsule interne. L'opération montra l'exactitude du diagnostic. Les symptômes cérébraux disparurent peu à peu et, deux mois après, le malade put être considéré comme guéri, guéri de son abcès cérébral, guéri de sa maladie d'oreille. Cette dernière particularité n'est pas toujours suffisamment notée dans les observations publiées.

PAUL TISSIER.

Un cas de pyémie par otite moyenne aiguë. — Guérison, par RIMINI (*Bollett. delle malatt. dell'orechio*, n° 9, 1896).

Cette observation a trait à une fillette de 7 ans atteinte d'otite moyenne purulente aiguë.

Les symptômes de pyémie apparurent dès les premiers jours.

Après avoir trépané l'apophyse mastoïde, le sinus fut mis à nu et ouvert. On y trouva de petits thrombus adhérents à l'intérieur sans pus.

Etat général grave. — Abcès métastatiques au niveau de l'articulation radiocarpienne droite et de la hanche gauche.

Deux jours après l'opération, ictère. — Malgré ces symptômes, la guérison survient au bout de trois mois.

L'auteur fait remarquer la rareté des accidents pyémiques à la suite d'otite moyenne purulente aiguë. Il n'a trouvé que 60 cas publiés sur ce sujet.

Au point de vue du diagnostic, il considère l'apparition de frissons intenses dans le cours de l'otite aiguë comme un signe certain de pyémie. Dans ce cas, l'opération doit être faite sans tarder.

H. DU F.

II. — NEZ ET SINUS

Historique de la laryngologie et de la rhinologie, par SAINT-CLAIR THOMSON (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 1337).

A l'occasion du jubilé de la Reine Victoria le *Brit. med. journ.* a fait paraître un numéro spécial consacré à l'histoire de la science médicale de 1837 à 1897; nous y trouvons l'historique des progrès des diverses branches de la médecine pendant cette période. Pour la rhinologie et la laryngologie c'est toute leur histoire puisqu'elles n'étaient pas nées en 1837; le portrait de Garcia accompagne cette courte étude.

M. N. W.

L'eucaine employée en laryngologie et en rhinologie, par JOH. FEIN (*Wiener klin. Woch.*, 1897, p. 520).

L'auteur fait observer tout d'abord que la plupart des spécialistes qui ont vanté les effets anesthésiques de l'eucaine ne l'ont employée que pour des interventions insignifiantes, peu ou pas douloureuses en elles-mêmes, telles que la tonsillotomie, et qu'ils ont jugé du pouvoir anesthésique par le simple contact. L'auteur, au contraire, a appliqué le nouveau moyen à des opérations douloureuses, telles qu'ablations de cornets, luxation du septum, ablation des végétations adénoïdes, ponction de l'antre d'Highmore par le méat inférieur, excision de polypes des cordes vocales etc.; il compte en tout cinquante-trois interventions chirurgicales chez des individus des deux sexes et de 9 à 80 ans. On s'est servi d'abord d'une solution à 5 %, puis à 10 %, la première n'étant pas assez active; l'application de l'eucaine ne cause qu'une cuisson insignifiante et de courte durée, qui fait même défaut parfois, et donne une sensation de corps étranger; au bout de quatre à cinq minutes l'attouchement de la mu-

queuse n'est plus senti en général, peu après l'anesthésie est suffisante pour permettre l'opération ; on badigeonne la surface deux ou trois fois pour obtenir l'abolition des reflexes laryngés, mais la durée de l'anesthésie est plus courte que celle que l'on obtient à l'aide de la solution de cocaïne à 20 $\frac{0}{0}$, dont on use d'habitude. L'auteur n'a pas observé l'hypersécrétion nasale signalée par d'autres auteurs. Un fait des plus importants est l'absence de la rétraction, de l'anémie de la muqueuse que produit l'emploi de la cocaïne, on est ainsi bien mieux à même d'attaquer les hypertrophies des cornets, par exemple ; pour la même raison on observe moins d'hémorragies secondaires qu'après la cocaïnisation. L'auteur n'a jamais observé aucun effet toxique de l'eucaine, qui est employée personnellement à la clinique du Prof. Chiari, les 53 cas sus mentionnés se rapportant au mois de mars 1897. Dans deux cas d'opérations endolaryngées l'action de l'eucaine a été absolument nulle, dans cinq autres cas l'anesthésie a été incomplète. En résumé, l'eucaine est un anesthésique inoffensif, moins cher que la cocaïne, stérilisable, tandis que la cocaïne ne l'est pas, d'un effet un peu moins sûr et moins prolongé que celui de la cocaïne, mais ne causant pas de vaso-constriction.

M. N. W.

Le gaiacol comme anesthésique, par G. GERONZI (de Rome) (*Archivio italiano di otol., rin., e laring.*, n° 3, 1896).

L'auteur a d'abord employé la solution de Lermoyez, mais il a dû l'abandonner parce qu'elle forme une émulsion avec le mucus nasal qui salit le malade et l'opérateur.

Il a adopté la solution hydro-alcoolique suivante :

Gaiacol	2	
Alcool à 90°.	15	
Eau distillée	15	
Huile de Bergamotte.	} 9 gr. pour aromatiser	
ou teinture de vanille		

Cette solution favorise l'absorption du gaiacol. Son emploi lui a donné de bons résultats pour le nez, l'oreille et le pharynx.

Pour anesthésier la muqueuse nasale, on en imbibe un tampon de ouate que l'on laisse en place pendant dix à vingt minutes.

On se sert de badigeonnages répétés deux ou trois fois à cinq minutes d'intervalle pour l'oreille et le pharynx.

L'anesthésie dure plus d'une demi-heure.

Les sensibilités à la douleur et à la température disparaissent tandis que la sensibilité tactile persiste.

Aucun accident n'a été observé. Les malades accusent au début seulement une sensation passagère de brûlure et de picotement.

Cette solution a toutefois l'inconvénient de prendre une coloration brune au contact du sang qui masque le champ opératoire dans le conduit auditif.

L'auteur, ayant remarqué qu'elle n'est pas tolérée par la muqueuse du larynx, a essayé une autre solution.

Ether	20
Gaiacol	1

Celle-ci est bien supportée mais ne donne pas une anesthésie suffisante.

En résumé, la solution hydro-alcoolique de gaiacol peut rendre des services en ce qui concerne le nez, l'oreille et le pharynx.

La solution éthérée, seule applicable au larynx, ne donne pas de bons résultats.

L'auteur fait remarquer qu'il s'est servi de gaiacol liquide et non de gaiacol cristallisé qui serait moins irritant.

Malgré l'action analytique indéniable du gaiacol, l'auteur est convaincu que son usage ne se généralisera pas. D'autres substances chimiques lui sont supérieures telles que la tropococaïne et le chlorhydrate d'eucaine. Reichert a déjà obtenu de bons effets de ce dernier corps, qui coûte moins cher que la cocaïne, et qui ne serait pas toxique.

H. DU F.

Guérison d'un cancer primitif du nasopharynx par les injections d'alcool, par EDWIN J. KULI, (*Med. record*, 1897, p. 548).

Kuli aurait obtenu la guérison d'un énorme cancer du nasopharynx par les injections interstitielles d'alcool. L'examen histologique de parties excisées aurait confirmé le diagnostic clinique. On commença par trois gouttes d'alcool absolu pour arriver rapidement à quarante gouttes. Dès la septième injection, diminution manifeste. A la douzième le tissu compact était tout à fait modifié. On abandonne le traitement. Quatre mois après toute tumeur avait disparu.

Avant les injections d'alcool, le malade avait subi pendant un mois sans résultat appréciable des injections de toxines strepto-

cocciques. — Il fut ainsi vers la fin du traitement par les injections d'alcool soumis à l'iodure de potassium. K. donne toute une série de raisons pour prouver que ce n'est pas ce médicament qui a agi. Il conseille vivement d'essayer les injections d'alcool absolu ou peut-être mieux à 30° ou 50° dans les cancers inopérables.

H. F. PLICQUE.

Notes sur l'anatomie, le développement et la chirurgie des sinus frontaux, par MAYO COLLIER (*Lancet*, 12 juin 1897).

Il n'existe pas d'intervalle entre les tables de l'os frontal avant la septième année. Même à un âge très avancé, ces cavités peuvent manquer totalement. L'étendue des sinus frontaux est très variable, et malheureusement l'apparence externe du crâne ne fournit aucune indication à propos de ces variations. Les sinus frontaux sont rarement symétriques excepté dans un sens général. Le sinus frontal d'un côté peut ne pas communiquer avec le nez ou avec son compagnon du côté opposé mais il peut communiquer avec les cellules ethmoïdales antérieures du même côté. La cloison qui sépare les deux sinus est d'ordinaire mi partie osseuse, mi partie fibreuse, mais elle est toujours bien marquée. Elle peut être complètement osseuse ou totalement fibreuse. Elle est constamment située au centre. L'auteur n'a jamais vu qu'un sinus frontal ne fût pas en communication directe ou indirecte avec le nez. L'évolution des sinus frontaux n'est pas complète avant 21 ans.

L'évolution des sinus frontaux à la septième année est attribuée à ce qu'à cet âge, — d'après Wenzel, — le cerveau a atteint son développement complet. Jusqu'à ce moment, la carotide interne est souvent plus étendue que la carotide externe, mais aussitôt que le cerveau est entièrement développé, elle diminue sensiblement de calibre, et la carotide externe et ses ramifications augmentent rapidement de volume. Les os de la face, les dents, les sourcils et la table crânienne inférieure augmentent et tandis que la table interne demeure stationnaire de larges espaces se creusent entre les tables du crâne, d'où les sinus frontaux.

A propos des maladies et de la chirurgie des sinus frontaux, il est regrettable que la plupart des malades ne se présentent pas aux consultations où on pourrait les soulager. Ce sont des cas relevant essentiellement d'un chirurgien général versé en même temps dans la connaissance des affections nasales, et jamais ils ne ressemblent d'abord à des troubles oculaires.

L'auteur dit qu'il ne faut jamais soigner l'empyème latent des sinus frontaux par le nez à travers l'infundibulum. Il ouvre les sinus devant la base du nez, au milieu, et se sert d'une tréphine pour extraire l'os. On établira une communication avec les fosses nasales dans laquelle on introduira un drain ; généralement des lavages quotidiens avec des solutions antiseptiques suffisent à guérir les malades dans l'espace de six semaines.

SAINT CLAIR THOMSON.

Empyème du sinus frontal, par MILLIGAN (Société clinique de Manchester ; séance du 18 mars 97 (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 854).

obs. I. — L'empyème du sinus frontal gauche était caractérisé par de la douleur locale et un écoulement purulent par la narine ; la transillumination mit hors de cause l'antre d'Higmore. Le sinus fut ouvert par la méthode de Mayo Collier, l'infundibulum fut dilaté et muni d'un drain passant dans la narine ; au bout de cinq semaines, toute suppuration tarie, on put refermer la plaie frontale et la guérison demeure parfaite.

obs. II. — Un jeune homme atteint depuis des années de polypes muqueux du nez se présente avec un empyème frontal bilatéral et de la suppuration des cellules ethmoïdales ; les deux sinus furent ouverts après l'extirpation de tous les polypes, le traitement fut conduit comme dans le cas précédent, mais sans qu'un résultat appréciable ait pu être obtenu au bout de bien des mois malgré l'emploi de tous les moyens recommandés ; il y a de l'os dénudé sur les paroi du sinus et l'auteur se propose de recourir au curettage après avoir réuni les deux sinus en une seule cavité ; on tamponnera avec de la gaze iodoformée pour tâcher d'arriver à une cicatrisation par bourgeonnement.

M. N.W.

Ozène, nécrose de la cloison du nez, ethmoïdite, complications cérébrales, mort, par V. MILLER (*Brit med journ.*, 1897, p. 913).

Le malade, garçon de 18 ans, jouissant en apparence d'une bonne santé, est subitement pris d'une attaque convulsive qui dure une heure ; trois jours plus tard, la santé paraissant parfaitement rétablie, il survient une autre attaque, la vue s'obscurcit et en quarante-huit heures la cécité s'établit complète. La première supposition est celle de l'existence d'une tumeur sphénoïdale, mais l'examen de la région fait reconnaître un ozène grave, avec destruction de la cloison du nez, nécrose de la lame

de l'ethmoïde, suppuration d'une fétidité extrême. Durant un mois on fit des lavages, des parcelles nécrosées furent enlevées, mais il ne se produisit aucun mieux sensible. On eut alors recours à l'exploration des sinus sphénoïdaux suivant la méthode de Grünwald et de Schäffer en poussant un trocart dans le sinus ; après l'opération, l'écoulement purulent augmenta et le patient accusa une amélioration ; cinq jours après cette intervention il eut une nouvelle attaque convulsive, puis de la paralysie faciale et du strabisme divergent et la mort survint au bout de trois jours.

M. N. W.

III. — LARYNX ET TRACHÉE

I. Contribution expérimentale à titre de paralysie des dilatateurs, par MICHAEL GROSSMANN. *Archiv. für Laryngologie*, Bd. VI, Heft 2, p. 282.

II. La loi de la différence de vulnérabilité des fibres du récurrent est-elle fondée, par O. ROSENBACH, *Archiv. f. Laryngol.* Bd. VI, p. 3 p. 588.

III. Réponse au mémoire précédent, par O. FRÄNKEL (*Ibid.*, Bd. VI, heft 3, p. 598.

I. Grossmann s'appuie sur 20 expériences sur le chien et le chat qui lui ont donné les résultats suivants : La section d'un récurrent détermine le rétrécissement de la glotte par suite de l'adduction de la corde vocale correspondante. La section des deux récurrents produit une sténose glottique encore plus marquée, les deux cordes poussant la position d'adduction. La section des laryngés supérieurs diminue l'adduction. Le refroidissement des récurrents progressivement conduit jusqu'à la congélation, amène le même résultat que la congélation.

C'est sur ces expériences qu'en un mémoire un peu délayé à la vérité, G. s'appuie pour combattre les théories de Fränkel et celle de Semon.

II. Réponse un peu acerbe de Rosenbach qui maintient ses conclusions, à savoir que les particularités des paralysies laryngées rentrent dans la loi générale des paralysies.

III. Fränkel répond à Grossmann, qui en se fondant sur de nouvelles recherches, maintient ses conclusions premières, en quelques lignes, heureux de trouver l'occasion de reproduire son mémoire en 1889 un peu oublié.

M. Grossmann et la question de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, par FÉLIX SEMON (*Archiv. für. Laryngologie*, Bd. VI, Heft 3, p. 492).

Dans le deuxième cahier des mêmes *Archiv für Laryngologie*, Grossmann publie une analyse critique et des expériences personnelles pratiquées sur des animaux, dans le but de détruire la théorie de la paralysie de Semon et celle de la contracture de Krause, et arrive à la conclusion cherchée que ni l'une ni l'autre de ces théories ne peut plus être prise en considération.

Si la réponse aux assertions de Grossmann n'est pas difficile, elle n'en est pas moins pénible, car il s'agit, dit S., de reprendre « un travail de quatre-vingts pages, tissu d'inexactitudes parsemées d'insinuations personnelles, de descriptions systématiquement erronées, conduisant aux déductions que l'on peut attendre d'une logique boiteuse, d'hypothèses hasardées, d'expressions à double sens et d'expériences trompeuses ».

S. commence par reprocher à G. le ton particulièrement agressif de son argumentation qui se trouve déplacé dans la bouche d'un homme qui parle pour la première fois de la question qui nous occupe.

Le plan du travail de G. est difficile à saisir. S. s'applique à démontrer l'existence du désordre inextricable qui a présidé à cette publication, et en voit le motif dans le but que se propose l'auteur d'« éveiller la défiance du lecteur vis-à-vis des travaux de ses prédécesseurs, au moyen d'une exposition erronée de la question » ! Exemples :

Dans son exposé historique, G., critiquant le travail de Riegel, paru en 1876, dit que R. avait, dans son cas, « admis, supposé » une paralysie des deux crico-aryténoïdiens postérieurs. Or, dans cette assertion, G. passe non seulement sous silence le premier travail de Semon, mais encore le premier cas de Riegel lui-même (1872) où l'auteur accompagne la description clinique de la paralysie des deux crico-aryténoïdiens postérieurs du résultat de l'autopsie : Atrophie isolée des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, les autres muscles innervés par les récurrents étant intacts ; enrobement des deux récurrents dans du tissu cicatriciel ; dégénérescence et atrophie partielle de ces nerfs.

Plus loin, S. proteste avec énergie contre le qualificatif d'« hypothèse purement théorique » que G. donne à la *loi de Semon*, basée au contraire sur des résultats d'autopsies non douteux.

G. attaque vivement S. pour n'avoir pas daigné répondre au

travail de Wagner. Puis, deux pages plus loin, il cite la publication de S. parue à l'occasion du jubilé de Virchow en 1890 et reproduite deux ans plus tard dans le *Journal of neurology (Brain)*. « A cette occasion, dit G., l'hypothèse de Wagner est de nouveau soumise à une critique détaillée »...! Puis, vient une confusion étonnante faite par G. entre les assertions de S. et celle de Wagner.

Un autre point que S. prend très à cœur est le suivant : Comme dans toute série d'expériences, S., dans sa statistique, publie des cas de valeur différente : d'abord des cas suivis depuis longtemps et dont l'observation clinique se complète de l'observation nécroscopique et histologique ; puis des cas où, toutes les circonstances étant analogues aux observations précédentes, il est resté, pour une raison ou pour une autre, un point obscur, mais où cependant on est en droit de conclure par analogie. Or, que fait G. ? — Il ne cite de S. que les cas de la seconde catégorie pour bien montrer au lecteur qu'ils sont trop incomplets pour servir à échafauder une théorie !

S. consacre ensuite un long chapitre sur la méthode qu'emploie G., vis-à-vis de faits pouvant gêner l'application de ses théories : il les délaie jusqu'à ce qu'ils soient utilisables par sa logique, ou bien il leur coupe bras et jambes, ou mieux, il omet ceux qui ne lui conviennent pas. Exemples : la discussion sur les expériences de Russel, sur celles de Fränkel et Gad, la conclusion de G. où il dit que « personne n'a vu la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs isolée, c'est-à-dire avant l'apparition de la contracture simultanée des adducteurs », à quoi S. lui répond par l'énumération des vingt-deux cas analysés d'ailleurs dans la monographie de Bürger. Plus loin, G. exprime la ferme conviction qu'il doit y avoir de la dyspnée dès le stade initial d'une paralysie unilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs, et, à cet effet, non seulement il ignore les nombreux cas publiés par des auteurs dignes de foi, mais il en suspecte même l'authenticité ! Même tactique pour les troubles vocaux : pour G., il est « physiologiquement inadmissible » qu'il ne résulte point de troubles vocaux, ou qu'il n'y ait des troubles insignifiants, lorsque la fonction des constricteurs est tellement entravée par la contracture secondaire qui amène une occlusion presque complète de la glotte. Mais comme de nombreux faits prouvent ce que M. G. ne peut admettre, il les nie ou les donne comme des faits inexactement rapportés !

S. expose ensuite sa conception des différentes positions de

la glotte et regrette que la confusion inévitable introduite par G. rende toute discussion impossible ; car, en effet, dans le travail de G., tantôt la position d'adduction doit être prise pour la position médiane, tantôt elle doit être considérée comme une « position quantitativement variable et sujette à de nombreuses variations ».

Mais le point important de la réponse de S. se trouve dans le chapitre qui traite de la critique des travaux de S. par Grossmann. Il ne relève que les accusations et les insinuations les plus sérieuses ainsi que les principales descriptions falsifiées de ses propres travaux.

Dans ses descriptions de paralysie précoce ou exclusive des m. crico-aryténoïdiens postérieurs, S. s'est contenté d'établir des faits, et ne voit donc pas pourquoi on lui reproche de n'avoir pas établi, ce que personne n'a fait d'ailleurs, les lois neuropathologiques de ces faits.

S. proteste ensuite contre l'intention de G. qui veut porter un coup à la loi de Semon parce que S. convient que dans les cas aigus de position médiane neuropathique, il ne faut pas toujours penser seulement à une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, mais aussi faire intervenir des phénomènes d'irritation.

Pour S. l'« effronterie » de G. est à son comble lorsque celui-ci s'étonne que ni S. ni Krause n'ont posé ni résolu la question de savoir s'il est exact que la corde vocale doit prendre la position cadavérique, après la paralysie totale du récurrent, alors que G. cite à la page suivante une phrase textuelle de S. disant « que, dans les très nombreuses expériences de section des récurrents, chez les diverses espèces animales, pratiquées depuis 1881, soit seul, soit en collaboration avec Horsley, il (S) n'a jamais vu la position médiane décrite (par Wagner) ».

S. explique ensuite sa conduite vis-à-vis des expériences de Wagner : Le premier travail de Wagner parut le 2 juin 1890 ; S. se rapportant à ses expériences personnelles faites seul et avec Horsley, ainsi qu'aux expériences d'autres auteurs, constata de suite l'inexactitude des faits mêmes rapportés par W. ; il vit ensuite que W. était parti d'une idée préconçue, que son exposé historique était inexact, qu'il passait sous silence les expériences de ses prédécesseurs qui pourraient nuire à ses vues ; qu'il ne donnait aucune preuve du rôle qu'il faisait jouer au crico-thyroïdien dans les conditions normales ; qu'il ne donne aucune explication du fait qu'il passe également sous silence, que dans les conditions ici présente les dilatateurs sont seuls

ou avec prédominance atrophiés et dégénérés ; il n'explique pas pourquoi, chez l'homme, la position médiane persiste des mois et des années, tandis que dans l'expériences de W. elle dure six jours ; qu'enfin, même si son hypothèse était admissible, on ne comprendrait pas pourquoi la position médiane se transformerait en position cadavérique. Mais W. avait promis de s'expliquer dans une publication ultérieure. Il fallait donc attendre. La suite de la communication de W. parut le 4 mai 1894, et un mois plus tard, l'explication promise du passage de la corde vocale de la position médiane à la position cadavérique fut donnée. Dans l'intervalle S. avait promis une réplique à Wagner. Mais, s'apercevant que W. n'avait fait que reproduire une argumentation de Schnitzler (1882), sans en citer l'auteur, il trouve naturellement inutile de répliquer à nouveau.

G. s'applique plus loin à démontrer une contradiction évidente entre les expériences de Legallois, etc. et celles de Traube, Reid, Semon et Horsley. S. répond en ces termes : « La soi-disant contradiction qui existe entre ces deux séries d'expériences s'explique de la façon la plus simple, en ce que, dans la section bilatérale du récurrent comme Legallois, etc. l'ont pratiquée, l'influence de la pression négative intrapulmonaire entre en jeu, tandis que ce facteur n'intervient pas dans la section uni-latérale du récurrent ainsi que l'ont pratiquée Traube, Reid, etc. ».

A cette occasion, S. ajoute une note explicative pour éviter la possibilité d'une interprétation erronée, d'une proposition publiée dans le travail du jubilé de Virchow. Il y dit qu'il n'a jamais vu, après la section des récurrents, la position médiane décrite par W. Or, en réalité, dans quelques cas isolés, où il se produit, au moment de la section, une compression, un écrasement du nerf, il en résulte une excitation mécanique qui détermine pour quelques minutes seulement, une position de la corde vocale plus rapprochée de la ligne médiane que la position cadavérique. Il ajoute ensuite quelques considérations, tirées de son travail sur le tonus de l'abducteur, sur l'influence du degré de l'adduction et de la rapidité avec laquelle cette adduction se produit, et explique que si tous les animaux ne se comportent pas de même vis-à-vis de cette expérience, cela tient à l'âge du sujet et à l'espèce animale.

Les expériences et les hypothèses de M. Grossmann, tel est le titre du chapitre suivant. Dans cette discussion, S. insiste sur la difficulté qu'il y a de suivre G. à cause de son manque de clarté

dans ses expressions, et dans la détermination de la position d'adduction.

Il démontre clairement que d'après les propres données de G.

1. Après la section d'un récurrent, la corde correspondante ne se place pas sur la ligne médiane.

2. Que la distance qui sépare cette corde de la ligne médiane n'est nullement négligeable.

3. Que l'influence de la pression négative intrapulmonaire ne se fait sentir qu'après la section des deux récurrents.

4. Qu'alors même, il n'y a pas la position médiane des cordes, c'est-à-dire la fermeture de la glotte.

L'adduction maximale des cordes vocales, dit G., cesse souvent très tôt ; elle ne subsiste pas plus que quelques heures à quelques jours. Semon lui répond par deux observations où l'adduction complète dura chez le premier malade sept ans, chez l'autre douze ans.

S. termine en rappelant les expériences qu'il fit en 1886 en collaboration avec Horsley, et ses dernières recherches faites pour contrôler les assertions de G. Or, en 1897 comme en 1886, S. a obtenu les mêmes résultats. Enfin, il déclare qu'il maintient tout ce qu'il a publié sur la question des crico-aryténoïdiens postérieurs.

M. LERMOYEZ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE

Pharynx et Varia

Moster, Borger, Loeffler, Strübing, Tenderich, Beumer, Peiper, Abel. Discussion sur la diphthérie (*Greifswalder med. Verein.*, 9 novembre; in *Wiener klin. Woch.*, 27 décembre 1894).

Widerhofer. Le traitement par le sérum de Behring dans la diphthérie (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 21 décembre 1894; *Wiener klin. Woch.*, 1895).

Gnaendinger. Le sérum de Behring et la diphthérie (*Wiener klin. Woch.*, 2 janvier 1895).

Ganghofner. Sur le traitement sérumthérapique de la diphthérie (*Prager med. Woch.*, 3 et 10 janvier 1895).

W. Lamann. Contribution à l'étude de la catalyse comme méthode de traitement (*Monats. f. Ohrenh.*, décembre 1894).

Kruckmann. Tuberculose des amygdales et tuberculose des ganglions cervicaux (*Virchow's Arch.*, vol. 138, p. 534, 1894).

E. Grünfeld. Contribution au traitement séro-thérapique de Behring (*Prager med. Woch.*, 10 janvier 1895).

C. A. Ewald. Un cas de myxœdème guéri par le traitement thyroïdien avec remarques sur d'autres applications des préparations thyroïdiennes (*Berl. klin. Woch.*, 14 janvier 1895).

O. Chiari. Sur les lymphosarcomes du pharynx (*Wiener klin. Woch.*, 17 et 24 janvier 1895).

Blumenfeld. Sur l'action du sérum de Behring dans la diphthérie (*Wiener klin. Woch.*, 17 janvier 1895).

Geim. Cas de diphthérie traités à l'hôpital infantile Saint-Joseph par le sérum de Behring (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 11 janvier; in *Wiener klin. Woch.*, 17 janvier 1895).

Monti. Traitement sérothérapique de Behring dans la diphthérie (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 11 janvier; in *Wiener klin. Woch.*, 17 janvier 1895).

B. Unterholzner. Sur les résultats obtenus jusqu'ici par le traitement sérothérapique de Behring dans la diphthérie à l'hôpital d'enfants de Leopoldstadt à Vienne (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 11 janvier; in *Wiener klin. Woch.*, 17 janvier 1895).

F. Reiche. Infection diphthéritique (*Centralbl. f. innere Med.*, 19 janvier 1895).

F. Danziger. Sur l'angine urique (*Monats. f. Ohrenh.*, janvier 1895).

F. Mosler. Les nouvelles baraquas de la diphthérie à la Clinique médicale de l'Université de Greifswald (*Zeits. f. Krankenpflege*, janvier 1895).

T. Gryntschak. Injection de sérum de Behring contre la diphthérie et ses suites (*Wiener klin. Woch.*, 24 janvier 1895).

Kassowitz. Sur le sérum anti-diphthéritique de Behring (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 18 janvier; in *Wiener klin. Woch.*, 24 janvier 1895).

L. Gutmann. Diphthérie naso-pharyngée traitée par le sérum de Behring (*Verein der Aerzte in Steiermark in Prager med. Woch.*, 24 janvier 1895).

Abel. Sur le pouvoir immunisant du sérum sanguin des convalescents de la diphthérie et des sujets sains contre des doses mortelles de culture de la diphthérie et contre le virus de ce bacille chez le cobaye (*Deuts. med. Woch.*, 17 novembre et 13 décembre 1894).

M. Kann. Contribution au traitement sérumthérapique de la diphthérie (*Deuts. med. Woch.*, 27 décembre 1894).

Koenig. Traitement de la diphthérie scarlatiniforme (*Int. klin. Rund.*, 11 novembre 1894).

Schanz. Étiologie de la diphthérie (*Deuts. med. Woch.*, 6 décembre 1894).

Sonnenburg. Recherches ultérieures sur l'action de l'antitoxine de Behring dans la diphthérie (*Deuts. med. Woch.*, 13 décembre 1894).

Winkler. La sérumthérapie et son emploi au lit du malade (*Centralb. f. d. gesam. Therap.*, janvier 1895).

Glax. Sur la climatologie de la maladie de Basedow (*Deuts. klin. Rund.*, n° 42, 1894).

Leichtenstern. Traitement du myxœdème par l'alimentation thyroïdienne (*Deuts. med. Woch.*, 13 décembre 1894).

O. A. Anderson. Contribution à l'étude de la morphologie de la glande thyroïde (*Arch. f. Path. Anat. u. Physiol.*, p. 177, 1894).

S. von Stein. Le premier cas publié de pharyngite phlegmoneuse aiguë compliquée de méningite purulente (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre 1894).

G. Kossel. Traitement de la diphthérie par le sérum de sang (*Deuts. med. Woch.*, 24 octobre 1894).

P. Bruns. Traitement du goître par l'alimentation thyroïdienne (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 6 novembre 1894).

W. Koerte. Rapport sur le traitement de 121 cas de diphthérie par le sérum de Behring à l'hôpital d'Urban (*Berl. klin. Woch.*, 12 novembre 1894).

J. Ritter. Traitement de la diphthérie par le sérum de sang (*Berl. klin. Woch.*, 12 novembre 1894).

H. Koepick. Étiologie des abcès aigus rétro-pharyngés chez les jeunes enfants et les nourrissons (*Centralb. f. Bakteriöl.*, 26 septembre 1894).

L. Concetti. Remarques sur la pathogénie et le traitement de la diphthérie (*All. Wiener med. Zeit.*, 13 novembre 1894).

Kobrynski. La sérumthérapie de la diphthérie au point de vue du praticien (*All. Wiener med. Zeit.*, 13 novembre 1894).

Maas. Présentation d'un carcinôme œsophagien (*Berl. méd. Gesells.*, 24 octobre; in *Berl. klin. Woch.*, 19 novembre 1894).

Edm. Meyer. Un cas d'anévrisme de la sous-clavière (*Berl. méd. Gesells.*, 24 octobre; in *Berl. klin. Woch.*, 19 novembre 1894).

P. Hilbert. Les résultats des inoculations préventives et curatives de la diphthérie faites à la Policlinique de l'Université de Königsberg (*Berl. klin. Woch.*, 26 novembre 1894).

F. Mendel. Hémorrhagies cutanées à la suite de l'emploi du sérum de Behring (*Berl. klin. Woch.*, 26 novembre 1894).

Gager. Emploi du sérum anti-diphthéritique (*Centralbl. f. innere Med.*, 1^{er} décembre 1894).

Moeller. Quelques courtes observations sur les résultats du sérum chez les diphthériques de l'hôpital de Magdebourg Altstadt (*Centralbl. f. innere Med.*, 1^{er} décembre 1894).

Kuprianoso. Contribution expérimentale à l'étude de l'immunité dans la diphthérie (*Centralbl. f. Bakteriöl.*, Bd 21, h. 10, u. 11).

A. von Weismayr. Un cas de sténose de la carotide et de la sous-clavière (*Wiener klin. Woch.*, 29 novembre et 6 décembre 1894).

V. Hacker. Sur la valeur de l'électro-endoscopie de l'œsophage en général et pour l'extraction de corps étrangers œsophagiens en particulier (*Wiener klin. Woch.*, 6 et 13 décembre 1894).

J. Horcicka. Contribution au traitement de la diphthérie par le sérum de Behring (*Wiener klin. Woch.*, 6 décembre 1894).

R. Gitschmann. Contribution à la casuistique de la maladie de Basedow (*Wiener klin. Woch.*, 6 et 13 décembre 1894).

J. Neumann. Un cas de lèpre (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 30 novembre; in *Wiener klin. Woch.*, 6 décembre 1894).

Gansermann. Communications sur la diphthérie et le sérum anti-diphthéritique (*Berl. klin. Woch.*, 10 décembre 1894).

A. Gottstein et C. L. Schleich. Immunité, théorie de l'infection et sérum diphthéritique (Berlin, Springer, 1894).

Weibgen. Traitement de la diphthérie (*Deuts. med. Woch.*, n° 29, 1894).

J. Sendziak. Contribution à l'étiologie de l'angine dite folliculaire (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 2, 1894).

H. Neumayer. Un cas de tuberculose buccale, maxillaire et nasale (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 2, 1894).

Zaufal. Sur l'influence de l'hypertrophie des tonsilles pharyngées sur l'organe auditif et l'état général surtout chez l'enfant. Traitement opératoire de la tonsille, même par le médecin praticien (*Central. Vereines Deuts. Aerzte in Böhmen*, 30 octobre; in *Prager med. Woch.*, 13 décembre 1894).

J. Asch. Casuistique de l'exanthème provoqué par le sérum anti-diphthéritique (*Berl. klin. Woch.*, 17 décembre 1894).

N. Vucetic. Un cas de diphthérie cutanée étendue (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 18 décembre 1894).

Kersch. Traitement de la diphthérie et du croup sans thérapeutique pharyngée locale (*Wiener klin. Woch.*, 20 décembre 1894).

Ed. Kraus. Contribution à la sérothérapie de la diphthérie (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 5 février 1895).

R. Cœn. Traitement des troubles de la parole (*Wiener med. Club.*, 30 janvier; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 5 février 1895).

J. Herzfeld. Tumeur de la base de la langue (*Berl. med. Gesells.*, 30 janvier; in *Berl. klin. Woch.*, 11 février 1895).

R. Köhler. Goitre disparaissant après une strumectomie unilatérale (*Freie Verein der Chir.*, Berlins, 9 juillet 1894; in *Berl. klin. Woch.*, 11 février 1895).

Soltmann. Traitement de la diphthérie par le sérum (*Deuts. med. Woch.*, 24 janvier 1895).

- M. Wolff.** Sur la diphthérie (*Berl. méd. Gesells.*, 6 février; in *Berl. klin. Woch.*, 18 février 1895).
- A. Baginski.** La diphthérie (Urban et Schwarzenberg, éditeurs, Vienne et Leipzig 1895).
- T. Escherich.** Diphthérie, croup, sérothérapie (in-8° de 155 pages, impr. K. Prochaska, Teschen, 1895).
- C. Gerster.** Opinions médicales sur et contre Behring et son sérum (In-8° de 72 pages, impr. A. Zimmer Stuttgart, 1895).
- M. Kassowitz.** Où en est le traitement de la diphthérie? (In-8° de 39 pages, M. Perles, Vienne, 1895).
- E. Zaufal.** Contribution à la casuistique de la véritable diphthérie cutanée (*Prager med. Woch.*, 7 mars 1895).
- Hunnius.** Communications sur le traitement sérothérapique de la diphthérie (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1895).
- V. Schæwen.** Emploi de l'antitoxine diphthéritique dans la médecine de campagne (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1895).
- Heidenhain.** Traitement sérothérapique de la diphthérie (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1895).
- Kaupe.** Contribution aux affections consécutives aux injections de sérum anti-diphthéritique (manifestations stomaco-intestinales) (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1895).
- M. Heimann.** Affection grave à la suite d'une injection de sérum de Behring (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1895).
- A. Lissard.** Traitement sérothérapique de la diphthérie (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1895).
- P. Haller.** Suites graves d'une injection de sérum anti-diphthéritique (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1895).
- A. Rosenberg.** Un cas de lympho-sarcome (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1895).
- M. Löwy.** Résultats du traitement sérothérapique de la diphthérie dans 11 cas (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 12 mars 1895).
- D. Weiss.** Pathogénie et traitement de la diphthérie (*Prager med. Woch.*, 21 et 28 mars 1895).
- J. Stein.** Sérothérapie de la diphthérie (*Prager med. Woch.*, 21 et 28 mars 1895).
- T. Rosenheim.** Sur l'œsophagoscopie (*Berl. klin. Woch.*, 25 mars 1895).
- G. Naegeli-Akerblon.** Inflammation aiguë du conduit de Rivinus et des glandules sous linguales (*Monats. f. Ohrenh.*, mars 1895).
- R. v. Engel.** La sérumthérapie de Behring contre la diphthérie (*Prager med. Woch.*, 28 mars 1895).
- Achtner et Schnabel.** Contribution à la sérumthérapie de la diphthérie (*Munch. med. Woch.*, 1^{er} janvier 1895).
- N. Vucetic.** Contribution au traitement de la diphthérie par le sérum de Behring (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 2, 9 et 16 avril 1895).
- R. Kretz.** Résultats des autopsies de deux cents cadavres de diphthériques, et, en particulier, des cas traités au moyen du sérum (*Wiener klin. Woch.*, 4 avril 1895).
- R. Haug.** Un cas de polype (fibro-sarcome) de l'orifice pharyngien de la trompe (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 38, h. 3, u. 4, 1895).

H. Hammer. La sérothérapie de Behring dans la diphthérie (*Prager med. Woch.*, 11 et 18 avril 1895).

J. Mikulicz. Sur l'alimentation thyroïdienne dans le goître et la maladie de Basedow (*Berl. klin. Woch.*, 22 avril 1895).

L. Waldstein. Considérations sur les leucocytes et quelques essais thérapeutiques avec la pilocarpine dans l'angine streptococcique (diphthérie ?), les affections des glandes lymphatiques, la tuberculose et le lupus (*Berl. klin. Woch.*, 29 avril 1895).

Albrecht. Tumeur de l'œsophage (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 26 avril; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 30 avril 1895).

Ott. Modification des lèvres à la suite d'une respiration buccale prolongée (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).

C. E. Langner. Diagnostic et thérapeutique du mutisme hystérique (apsithyrie) (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).

L. Lichtwitz. Ablation des amygdales hypertrophiées au moyen du serre-nœud électrique (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).

Fleischmann et Borchard. Rétrécissement du pharynx (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).

Siebenmann. Cornification de l'épithélium dans la région de l'anneau adénoïde pharyngien de Waldeyer et pharyngo-mycosis leptothrix (hyperkératose lacunaire) (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).

A. Rosenberg. Calcul amygdalien d'un volume extraordinaire (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).

B. Fraenkel. Instruments aseptiques pour la galvanocaustie (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).

A. Beck et W. Stapa. Influence du poison diphthéritique sur la circulation (*Wiener klin. Woch.*, 2 mai 1895). — Communication sur les cas de diphthérie traités par la sérothérapie en Croatie et en Slavonie et des injections entreprises pour l'immunisation (*Wiener klin. Woch.*, 2 mai 1895).

Erratum (Numéro Novembre 1897).

Page 386, ligne 38, au lieu de : Nous l'avons trouvé deux fois seulement; lire : « nous ne l'avons pas trouvé. »

NOUVELLES

Le Dr HARRISON ALLEN, professeur d'anatomie comparée à l'École de Médecine de l'Université de Pensylvanie, est mort subitement d'une angine de poitrine, à Philadelphie, le 14 novembre dernier, à l'âge de 56 ans. Il avait publié certains mémoires concernant notre spécialité et faisait partie de l'Association Laryngologique américaine.

Le Dr E. HOFFMANN, privat d'ocent d'otologie et de chirurgie à l'Université de Greifswald, a reçu le titre de Professeur.

Le Dr C. COMPAIRE a été nommé délégué à Madrid du comité d'organisation du second Congrès Espagnol d'Oto-rhino-Laryngologie qui se réunira en septembre 1898, à Barcelone.

Le Prof. A. TOBOLD, le laryngologiste bien connu, a célébré le 22 novembre dernier son 70^e anniversaire.

Hôpital Saint-Antoine. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — D'après la proposition du directeur général de l'Assistance publique et sur le rapport de M Rebeillard, rapporteur de la cinquième Commission, le Conseil municipal de Paris a adopté dans sa séance du jeudi 23 décembre, un projet tendant à instituer à l'hôpital Saint-Antoine une consultation d'oto-rhino-laryngologie.

Cette consultation sera établie dans les locaux dépendant de la Maison de Secours, située 28, rue de Citeaux, et annexée à l'hôpital Saint-Antoine.

M. LERMOYEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est chargé de cette consultation.

A partir du mois de janvier, le Dr R. FORNS, de Madrid, publiera un nouveau journal mensuel, intitulé la *Oto-rhino-Laringologia española* qui paraîtra en fascicules de 16 pages et contiendra des articles originaux, des analyses de la Presse espagnole et étrangère, etc. Les œuvres complètes du défunt Dr de Letamendi seront insérées à la fin de chaque livraison de manière à former un volume à part.

Direction, rédaction et administration ; Dr R. Forns, Plaza de Angel, 13 et 14, Madrid.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CRÈBE. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE RUPTIQUE DE CHOUVRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Sirop et Pâte Berthé à la codéine.

— Calmants
pectoraux et somnifères très efficaces contre toutes les souffrances des femmes et des enfants.

VÉSICATOIRE D'ALBESPEYRES seul employé dans les Hôpitaux militaires. Prescrire : Vésicatoire d'Albespeyres et exiger la Signature sur le côté vert.

Constipation supprimée, en une demi-heure chez les adultes, et un quart d'heure chez les enfants par les

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

Véritables **GRAINS de SANTÉ** du **D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Annales de la Société Royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles (59^e année, tome VI, fasc. 2-3. H. Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1897).

Angionévrose remarquable de la langue, due à l'application d'acide chromique sur les positions supérieure et postérieure de la membrane tympanique. Contribution à la physiologie du nerf de la corde du tympan, par R. LEWIS (Extrait des *Trans. of. the Amer. Otol. Soc.*, 1897).

Remarques sur le traitement non opératoire de la suppuration chronique de l'antre et de la voûte du tympan, par A. H. BUCK (Extrait du *N. Y. Med. Record*, 25 septembre 1897).

Étude des cornets acoustiques par la photographie des flammes de Koenig, par MARAGE (Broch. de 25 p. avec 3 planches, Masson et C^e éditeurs, Paris, 1897).

Abus et dangers de la douche nasale, par L. LICHTWITZ (Tirage à part de la *Semaine Méd.*, 30 octobre 1897).

I. Symphise palato-pharyngée complète; atrésie de la choane gauche et du cavum. Restauration de la communication naso-pharyngienne. —

II. Gomme tuberculeuse. Vaste ulcération de la plus grande partie de la face latérale gauche du nez. Restauration par glissement à l'aide de deux lambeaux, par J. BRAULT (Tiré à part des *Archives provinciales de Chir.*, juillet 1897).

De la mastoïdite de Bezold, par L. PERROT (Broch. de 48 pages, Imprimerie du Midi, Bordeaux, 1897).

Referat über die Neubildungen des Ohres (Rapport sur les tumeurs de l'oreille, par KUMMEL (Extrait des *Verh. der Deutschen Otol. Gesells.*, Dresde, juin 1897. G. Fischer, éditeur, Léna, 1897).

Périchondritis und seröse Cysten der Nasenscheidewand (Périchondrite et kystes séreux de la cloison nasale, par H. THEISSING (*Dissertation Inaugurale*, Breslau, 1897).

Ueber die Absorption von Fremdkörpern durch die Gaumentonsillen des Menschen mit Bezug auf die Entstehung von infectiösen Processen (Sur l'absorption des corps étrangers par les amygdales palatines de l'homme par rapport à l'étiologie des maladies infectieuses, par J. L. GOODALE (Tiré à part des *Archiv. f. Lar.*, Bd. 7, h. I, 1897).

De la laryngite œdémateuse chez les enfants, par L. BAR (Extrait des *Arch. Intern. de Lar. Otol. et Rhin.*, 1896).

Le Gérant : G. MASSON.

